

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU PRIMIGRAVIDA DENGAN PERSALINAN NORMAL DI RAWAT INAP PUSKESMAS SIKUMANA” TANGGAL 30 JUNI s/d 04 JULI 2016



OLEH:

PUTRI ASSMY DJAMI
NIM 132111089

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016**

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU PRIMIGRAVIDA DENGAN
PERSALINAN NORMAL DI RAWAT INAP PUSKESMAS SIKUMANA”
TANGGAL 30 JUNI s/d 04 JULI 2016

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb)
Pada Program Studi D III Kebidanan STIKes
Citra Husada Mandiri Kupang



OLEH:

PUTRI ASSMY DJAMI
NIM 132111089

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Primigravida Di Rawat Inap Puskesmas Sikumana Tanggal 30 Juni-04 Juli 2016 “ ini merupakan hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, September 2016

Yang Menyatakan

PUTRI ASSMY DJAMI

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul “**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU PRIMIGRAVIDA DENGAN PERSALINAN NORMAL DI RAWAT INAP PUSKESMAS SIKUMANA30 JUNI s/d 04 JULI 2016**” telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: Putri Assmy Djami, NIM: 132111089, Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, 10 September 2016

Menyetujui

Pembimbing I

Jeni Nurmawati, SST,M.Kes

Pembimbing II

Maria O. Baha, STr. Keb

Mengetahui

Ketua

STIKes CHM – K



drg. Jeffrey Jap, M. Kes

Ketua

Prodi DIII Kebidanan

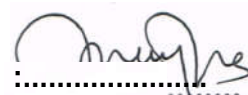
Ummu Zakiah, SST.,M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU PRIMIGRAVIDA DENGAN PERSALINAN NORMAL DI RAWAT INAP PUSKESMAS SIKUMANA30 JUNI s/d 04 JULI 2016”** telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: Putri Assmy Djami, NIM: 132 111 089, Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan didepan tim penguji ujian Laporan Tugas Akhir pada tanggal 10 September 2016.

Tim Penguji

Ketua : Meri Flora Ernestin, SST, M. Kes



Anggota : 1. Jeni Nurmawati, SST, M. Kes



2. Maria O. Baha, STr, Keb



Mengetahui

Ketua

STIKES CHM-Kupang



drg. Jeffrey Jap, M. Kes

Ketua

Prodi D-III Kebidanan



Ummu Zakiah, SST, M. Keb

BIODATA PENULIS

Nama : Putri Assmy Djami

Tempat dan Tanggal Lahir : Seba, 11 Januari 1996

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Jl. Sepadan No. 4

Riwayat pendidikan :

1. SD Negeri Luipau (2001-2004)
2. SD Negeri 2 Seba (2004-2007)
3. SMP Negeri 2 Seba (2007-2009)
4. SMP Negeri 1 Amanuban Tengah (2009-2010)
5. SMA Negeri 1 Amanuban Tengah (2010-2013)
6. Sedang menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Kebidanan di STIKes CHM-Kupang

MOTTO

“Filip 4 : 6 Janganlah hendaknya kamu kuatir tentang apapun juga, tetapi nyatakalah dalam segala hal keinginan mu kepada Allah dalam doa, dan permohonan dengan ucapan syukur”

LEMBAR PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ini Saya Persembahkan Untuk :

1. Tuhan Yesus

Yang Utama Dari Segalanya.

Tuhan Yesus yang selalu memberikan kekuatan, membekali dengan ilmu, selalu menopang dalam keputusan dan selalu teguhkan tekad untuk berjuang. Trima kasih atas cinta dan kasih sayang yang Tuhan berikan.

2. Dosen Prodi Kebidanan

Dosen-Dosen yang telah menjadi orang tua kedua bagi saya, yang selalu memberikan motivasi untuk saya, selalu peduli dan perhatian, terlebih khusus buat kedua dosen pembimbing yang saya banggakan Ibu Jeni Nurmawati, SST, M.Kes dan Ibu Maria O. Baha, STr, Keb yang selama ini telah tulus dan ikhlas meluangkan waktunya untuk menuntut dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada ternilai harganya, agar saya menjadi lebih baik. Terima kasih banyak para Ibu Dosen, Jasa kalian akan selalu terparti di hati saya.

3. Kedua Orang Tua

Ayah dan Bunda tercinta, motivator terbesar dalam hidup saya yang tak pernah jenuh memberikan dukungan dan menyayangi saya. Doa yang tak henti terucap sehingga menggerakkan hati saya untuk tetap berjuang. Karena tiada kata seindah lantunan doa yang paling khusus doa dari orang tua. Terima kasih atas semua pengorbanan dan kesabaran sampai kini.

4. For My Sister's and Brother

Ka Nonna, Ka Ira dan Adi Bu. Yang selalu peduli dan perhatian serta memberikan motivasi. Terima kasih atas dukungan dan doa yang kalian berikan.

5. Keluarga Besar Djami dan Rohi.

Terima kasih atas cinta dan dukungan kalian.

6. Sahabat-sahabat tersayang

Mikhe, Mega, Nekha, Ira, Miya, Marty, Nining, Vin, Tanpa semangat, dukungan dan bantuan kalian semua tidak mungkin saya sampai disini. Terima kasih untuk canda tawa, air mata, dan perjuangan yang kita lewati bersama dan terima kasih atas kenangan yang telah terukir selama ini. Dengan perjuangan dan kebersamaan kita pasti bisa. Semangat !

ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Citra Husada
Mandiri Kupang
Jurusan Kebidanan
Studi Kasus, September 2016

Putri Assmy Djami
132111089

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU PRIMIGRAVIDA DI RAWAT INAP PUSKESMAS SIKUMANA.

Pendahuluan : Persalinan merupakan kejadian fisiologi yang normal dalam kehidupan. Puskesmas Sikumana menunjukkan bahwa pada tahun 2014 terdapat 269 persalinan dengan persalinan prematur sebanyak 20 persalinan, Tahun 2015 periode Januari-Desember jumlah persalinan normal adalah 259 orang (PWS Puskesmas Sikumana 2015). Pada bulan Januari- April 2016 terdapat 115 persalinan normal.

Tujuan : Dapat meningkatkan pengetahuan mahasiswa mengenai asuhan kebidanan pada Ibu Primigravida dengan Persalinan Normal di Rawat Inap Puskesmas Sikumana dengan menggunakan 7 langkah varney.

Desain Penelitian : Karya tulis ini merupakan laporan studi kasus dengan metode deskriptif. Populasi pada penelitian ini adalah Semua Ibu Bersalin yang sedang dirawat diruangan bersalin Puskesmas Sikumana. Sampel yang diambil 1 Ibu Primigravida dengan persalinan normal yang sedang di rawat di ruang bersalin Puskesmas Sikumana dengan teknik *purposive sampling*.

Pembahasan : Asuhan dilakukan dengan pendekatan manajemen 7 langkah varney dan melakukan pendokumentasian pada kasus persalinan normal. Persalinan dimulai ketika adanya tanda-tanda persalinan dan berakhir setelah lahirnya plasenta. Penatalaksanaan dilakukan dengan persalinan normal tanpa episiotomi dengan hasil bayi lahir spontan dengan presentasi belakang kepala langsung menangis dengan pembersihan lendir, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

Kesimpulan : Masalah telah terselesaikan dengan menggunakan metode pendekatan 7 langkah varney dan tidak ditemukan adanya kesenjangan dalam pelaksanaan pertolongan persalinan dengan pertimbangan ibu primigravida, Keadaan umum ibu dan janin baik. Masalah telah terselesaikan, bayi dan ibu selamat.

Kata Kunci: Asuhan Kebidanan, Persalinan Normal, Primigravida.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas Berkat dan Rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Ibu Primigravida Dengan Persalinan Normal Di Rawat Inap Puskesmas Sikumana”** dapat diselesaikan tepat waktunya. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd. Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang. Dalam penulisan Laporan Tugas Akhir ini, tentunya saya tidak berjalan sendiri tetapi dengan dukungan berbagai pihak. Atas selesainya Laporan Tugas Akhir ini, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih secara khusus kepada Ibu Jeni Nurmawati, SST,M.Kes selaku pembimbing I dan Ibu Maria O. Baha STr,Keb selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing dan mendampingi saya dalam melaksanakan dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Dan pada kesempatan ini juga perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada :

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku Pembina Yayasan Bina Insan Mandiri Kupang yang telah memperkenalkan saya untuk menimba ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. Drg. Jeffrey Jap, M.Kes selaku ketua Stikes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengijinkan mahasiswa menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

3. Ketua Program Studi D-III Kebidanan, Ibu Ummu Zakiah, S.ST, M.Keb yang telah mengijinkan saya untuk melakukan Laporan Tugas Akhir ini.
4. Meri Flora Ernestin, S.ST, M.Kes selaku penguji yang telah bersedia membimbing dan mendampingi saya dalam melaksanakan dan menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
5. Para Dosen Program Studi D-III Kebidanan Stikes CHMK yang selama ini telah memberikan ilmu dan mengajarkan keterampilan dalam melakukan asuhan kebidanan.
6. Ayah tercinta Alexander Djami dan Ibu tersayang Jublina Rohi, kaka Leny, Kaka Ira dan Adi Jazhiel yang telah memberikan dukungan, motivasi dan moril serta doa selama saya menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Sahabat-sahabat Mike, Marty, Mega, Nining, Ira, Miya, Nona, Nekha yang telah mendukung saya dengan caranya masing – masing.
8. Teman – teman prodi kebidanan angkatan VI, khususnya kelas kebidanan B dan berbagai pihak yang telah memberikan motivasi kepada saya dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Tuhan membalas semua budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir. Saya juga menyadari bahwa Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca sangat diharapkan untuk menyempurnakan Laporan Tugas Akhir ini dan semoga bermanfaat.

Kupang, September 2016

Putri Assmy Djami

DAFTAR ISI

COVER JUDUL

Halaman

LEMBAR PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
LEMBAR PEBGESAHAN TIM PENGUJI	v
BIODATA PENULIS	vi
LEMBAR PERSEMBAHAN DAN MOTO	vii
ABSTRAK	x
KATA PENGANTAR	xi
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR SINGKATAN	xvi
DAFTAR	GAMBAR
.....	xvii
i	
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat	5
BAB II TINJAUAN TEORI	7
2.1 Konsep Dasar Persalinan	7
2.1.1 Definisi persalinan	7
2.1.2 Jenis persalinan	8
2.1.3 Teori penyebab persalinan	9
2.1.4 Faktor yang mempengaruhi persalinan	11
2.1.5 Tanda dan gejala persalinan	14
2.1.6 Tahapan persalinan normal	17
2.1.7 Mekanisme persalinan normal	20
2.1.8 Perubahan fisiologi dan psikologi dalam persalinan	24
2.1.9 Komplikasi dalam persalinan	38
2.1.10 Tujuan asuhan persalinan	42
2.1.11 Penatalaksanaan asuhan persalinan normal	43

2.1.12 Patograf	60
2.1.13 Patway	86
2.2 Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	87
2.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan	87
2.2.2 Tujuan Manajemen Kebidanan	87
2.2.3 Prinsip Manajemen Kebidanan	88
2.2.4 Langkah-langkah Manajemen Kebidanan	89
2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan	94
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	105
3.1 Desain penelitian.....	105
3.2 Kerangka kerja penelitian.....	105
3.3 Subyek Penelitian.....	106
3.4 Pengumpulan Data dan Analisa Data.....	108
3.5 Etika Penelitian.....	110
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	111
4.1 Hasil penelitian.....	111
4.1.1 Gambaran dan lokasi penelitian.....	111
4.1.2 Hasil penelitian.....	113
4.2 Pembahasan.....	121
BAB V PENUTUP.....	129
5.1 Kesimpulan.....	129
5.2 Saran.....	131
5.2.1 Bagi pasien.....	131
5.2.2 Bagi mahasiswa.....	131
5.2.3 Bagi institusi.....	131
5.2.4 Bagi lahan praktek.....	132
DAFTAR PUSTAKA.....	133
LAMPIRAN.....	134

DAFTAR SINGKATAN

Halaman

AKI	: Angka Kematian Ibu
APD	: Alat pelindung diri
APN	: Asuhan Persalinan Normal
BAB	: Buang air besar
BAK	: Buang air kecil
BB	: Berat badan
BBL	: Bayi baru lahir
DJJ	: Denyut Jantung Bayi
DM	: Diabetes Militus
DTT	: Desinfektan tingkat tinggi
HB	: Hemoglobin
HPHT	: Hari pertama haid terakhir
IM	: Intra muscular
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KPD	: Ketuban Pecah Dini
KU	: Keadaan Umum
LBK	: Letak Belakang Kepala
MDGs	: Millenium Development Goals
PONED Dasar.	: Penanganan Obstetric Dan Neonatal Emergency

PAP	: Pintu Atas Panggul
PPV	: Pengeluaran Pervaginam
RR	: Respirasi Right
SDKI	: Survery Demografi Dan Kesehatan Indonesia
SS	: Sutural Sagitalis
TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tuberculosis
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TD	: Tekanan Darah
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TP	: Tafsiran Partus
TTV	: Tanda-Tanda Vital
UK	: Umur Kehamilan
UUK	: Ubun-Ubun Kecil
USG	: Ultra Sono Grafi
VT	: Vagina Touch
V/V	: Vulva Vagina

DAFTAR GAMBAR

Halaman

2.1	Patograf.....	84
3.3	Kerangka Kerja.....	106

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1 Lembar Permintaan Jadi Respoden

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Askeb

Lampiran 4 Lembar Observasi

Lampiran 5 Patograf

Lampiran 6 Dokumentasi

Lampiran 7 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial bagi ibu dan keluarga. Peran ibu adalah melahirkan bayinya, sedangkan peranan keluarga adalah memberikan bantuan dan dukungan pada ibu ketika terjadi proses persalinan (Sumarah, dkk 2009). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada umur kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan posisi belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohadjo, 2008).

Hasil Data profil kesehatan Indonesia 2013 menunjukkan bahwa cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan secara nasional adalah sebesar 90,88%, Tahun 2014 mengalami penurunan menjadi 88,68%. ([http: // www.dinkes-Indonesia-Profil-Kesehatan](http://www.dinkes-Indonesia-Profil-Kesehatan) 2013). Data profil Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) Tahun 2013 jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebesar 79,39% dan menurun menjadi 67,69% pada tahun 2014, namun target yang harus dicapai sesuai Renstra dinkes Provinsi NTT pada tahun 2014 adalah sebesar 90% berarti tidak mencapai target ([http:// www.dinkes-NTT-Profil-kesehatan](http://www.dinkes-NTT-Profil-kesehatan)). Profil Dinas Kesehatan Kota Kupang memiliki cakupan pertolongan persalinan

oleh tenaga kesehatan pada tahun 2013 sebesar 91% dan menurun menjadi 82,80% pada tahun 2014. ([http:// www.dinkes-Kota Kupang-Profil-kesehatan](http://www.dinkes-Kota Kupang-Profil-kesehatan)).

Puskesmas Sikumana adalah puskesmas PONED (Penanganan Obsterti dan Neonatal Emergensi Dasar) yang memiliki fasilitas klinik bersalin. Buku register KIA Puskesmas Sikumana menunjukkan bahwa pada tahun 2014 terdapat 269 persalinan dengan persalinan prematur sebanyak 20 persalinan, Tahun 2015 periode Januari-Desember jumlah persalinan normal adalah 259 orang (PWS Puskesmas Sikumana 2015). Pada bulan Januari- April 2016 terdapat 115 persalinan normal.

Kematian ibu terbanyak disebabkan oleh komplikasi obstetri: yaitu pendarahan, infeksi dan eklamsia, komplikasi ini tidak selalu dapat diramalkan sebelumnya dan mungkin saja terjadi pada ibu hamil dan bersalin yang telah diidentifikasi normal. Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia merupakan angka tertinggi dibanding dengan Negara-negara ASEAN lainnya. Berbagai factor yang terkait dengan resiko terjadinya komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan-persalinan dan cara pencegahannya telah diketahui namun demikian jumlah kematian masih tetap tinggi (Depkes.RI, 2008).

Pelayanan kesehatan Maternal dan Neonatal yang berkualitas dibutuhkan tenaga kesehatan yang terampil juga didukung tersedianya sarana dan prasarana yang memadai. Salah satu

upaya yaitu dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan dalam menolong persalinan berdasarkan konsep asuhan persalinan normal. Asuhan persalinan normal merupakan asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi baru lahir, serta upaya pencegahan komplikasi, terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Dengan adanya program ini, diharapkan tenaga kesehatan dapat lebih meningkatkan penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi (Rohani, dkk 2011).

Indonesia pun melakukan upaya peningkatan Kualitas kesehatan di Indonesia dan upaya pencapaian komitmen Global Millenium Development Goals (MDGS) tahun 2015. Di NTT sendiri terdapat program Revolusi KIA dan juga sebanyak 14 kabupaten/Kota telah di dukung *Australia Indonesia Patnership for maternal and Neonatal Health* (AIPMNH) untuk sebisa mungkin mengurangi angka kematian ibu dan bayi, oleh karena itu persalinan harus dilakukan di fasilitas kesehatan dan di tolong oleh tenaga kesehatan berdasarkan program kerja asuhan kebidanan pada ibu bersalin, Selain itu bidan yang melayani ibu harus berkompeten dalam memberikan asuhan.

Bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan kebidanan pada ibu meliputi : pelayanan antenatal pada kehamilan normal dan pertolongan persalinan normal. (KEPMENKES No.900/MENKES/SK/VII/2002 BAB V pasal 16).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka, penulis merumuskan
 “Bagaimanakah asuhan kebidanan pada Ibu Primigravida dengan
 persalinan normal di Rawat Inap Puskesmas Sikumana ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Dapat meningkatkan pengetahuan mahasiswa mengenai asuhan
 kebidanan pada Ibu Primigravida dengan Persalinan Normal di
 Rawat Inap Puskesmas Sikumana dengan menggunakan 7 langkah
 varney.

1.3.2 Tujuan Khusus

Setelah menyelesaikan kasus ini mahasiswa mampu :

1. Mengidentifikasi data pada ibu Primigravidadengan Persalinan normal secara komprehensif melalui pendekatan asuhan kebidanan di Rawat Inap Puskesmas Sikumana.
2. Menginterpretasikan data untukmenegakkan diagnosa asuhan kebidanan pada Ibu Primigravida dengan persalinan normal di Rawat Inap Puskesmas Sikumana.
3. Menganalisis masalah potensial asuhan kebidanan pada ibu Primigravida dengan persalinan normal di Rawat Inap Puskesmas Sikumana.
4. Mengidentifikasi tindakan segera padalbu Primigravida dengan persalinan normal di Rawat Inap Puskesmas Sikumana.

5. Merencanakan tindakan dalam asuhan kebidanan pada Ibu Primigravida dengan persalinan normal di Rawat Inap Puskesmas Sikumana.
6. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada Ibu Primigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
7. Mengevaluasi asuhan kebidanan pada Ibu Primigravida dengan persalinan normal di Rawat Inap Puskesmas Sikumana.
8. Mendokumentasikan asuhan kebidanan pada Ibu Primigravida dengan persalinan normal di Rawat Inap Puskesmas Sikumana.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat menambah ilmu pengetahuan dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan pada Ibu Primigravida dengan persalinan normal di rawat inap Puskesmas Sikumana.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Peneliti

Mampu mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan pengalaman yang nyata tentang asuhan kebidanan pada Ibu Primigravida dengan persalinan normal di rawat inap Puskesmas sikumana.

2. Bagi Profesi

Dapat memberikan tambahan ilmu pengetahuan dan sebagai bahan pertimbangan dalam pembelajaran asuhan kebidanan serta meningkatkan ketrampilan dalam memberikan dan

melaksanakan asuhan kebidanan pada Ibu Primigravida dengan persalinan normal di rawat inap Puskesmas Sikumana.

3. Bagi Puskesmas

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan studi banding dalam melaksanakan asuhan kebidanan pada Ibu Primigravida dengan persalinan normal di Rawat inap Puskesmas Sikumana.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sebagai referensi untuk memberikan pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian lebih lanjut bagi yang membutuhkan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.1.1 Definisi Persalinan

1. Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membrane dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi dan kekuatan yang teratur. (Rohani, dkk, 2010).
2. Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Sarwono, 2009).
3. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran dimana janin yang berada pada kehamilan cukup bulan (37-42 Minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2006).
4. Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal dalam kehidupan. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial bagi ibu dan keluarga. Peran ibu adalah melahirkan bayinya, sedangkan peranan keluarga adalah memberikan bantuan dan

dukungan pada ibu ketika terjadi proses persalinan (Sumarah, dkk 2009).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa : persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, janin menurun kedalam jalan lahir dan pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala. Melalui jalan lahir tanpa komplikasi baik ibu maupun janin

2.1.2 Jenis Persalinan

1. Jenis Persalinan Berdasarkan Cara Persalinan

a. Persalinan Normal (Spontan)

Proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat dan tidak melukai ibu dan bayi.

b. Persalinan Buatan

Persalinan berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar

c. Persalinan Anjuran

Adalah bila kekuatan yang di perlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsang.

2. Menurut Usia Kehamilan Dan Berat Janin Yang Dilahirkan

a. Abortus (Keguguran)

Adalah berakhirnya suatu kehamilan sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup diluar kandungan.

b. Peralinan Imatur

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

c. Persalinan Premature

Adalah persalinan dengan usia kehamilan 28-36 minggu dengan berat janin kurang dari 2499 gram.

d. Persalinan Mature

Persalinan dengan usia kehamilan 37-42 minggu dan berat janin diatas 2500 gram.

e. Persalinan Serotinus

Adalah persalinan dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu atau 2 minggu lebih dari waktu partus yang di taksir. (Rohani, dkk, 2010).

2.1.3 Teori Penyebab Persalinan

Hal yang menjadi penyebab mulainya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah merupakan teori-teori yang kompleks. (Rohani, dkk. 2010).

1. Teori Penurunan Hormon

1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot – otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron turun. (Asri,dkk. 2012)

2. Teori Keregangan

- a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- b. Setelah melewati batas tertentu, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Rohani, dkk, 2010).

3. Teori Penurunan Progesteron

- a. Proses penebaran plasenta terjadi sejak umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- b. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin.
- c. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu (Rohani, dkk, 2010).

4. Teori Prostaglandin

- a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.

- b. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
- c. Prostaglandin dianggap pemicu terjadinya persalinan. (Rohani, dkk, 2010)

5. Teori Berkurangnya Nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hipokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi segera dikeluarkan. (sumarah, dkk, 2008).

2.1.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1. Factor Power

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

a. His (Kontraksi Uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his adalah yang kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

- a) His pendahuluan : his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau bloody show.

- b) His pembukaan (Kala 1) : menyebabkan pembukaan serviks semakin kuat, teratur, dan sakit.
- c) His pengeluaran (kala II) : untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris dan terkoordinasi.
- d) His pelepasan urin (Kala III) : kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- e) His pengiring (Kala IV) : kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari

b. Tenaga Mengejan

- a) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut, yang mengakibatkan peninggian tekanan intraabdominal.
- b) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kita buang air besar, tapi jauh lebih kuat lagi.
- c) Saat kepala sampai ke dasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragma kebawah.
- d) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his.

- e) Tanpa tenaga mengejan. Anak tidak dapat lahir. Misalnya, pada penderita yang lumpuh otot-otot perutnya, persalinan harus dibantu dengan forceps.
- f) Tenaga mengejan ini juga melahirkan plasenta setelah terlepas dari dinding rahim.

2. Factor *Passanger* (Janin)

Factor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah factor janin meliputi sikap janin, letak, bagian bawah, dan posisi janin.

a) Sikap

Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya berada dalam sikap fleksi, dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, lengan bersilang dada.

b) Letak (Situs)

Adalah bagaimana sumbu janin terhadap sumbu ibu, misalnya letak lintang yaitu sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Letak, membujur yaitu sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini biasa berupa letak kepala atau letak sungsang.

c) Presentasi

Dipakai untuk menentukan bagian janin yang ada dibagian bawah rahim, yang dijumpai ketika palpasi atau pemeriksaan dalam. Misalnya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu, dan lain-lain.

d) Bagian terbawah janin

Sama dengan presentasi, hanya lebih diperjelas istilahnya.

e) Posisi janin

Untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan, atau belakang terhadap sumbu ibu (materal-pelvis). Misalnya pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubun kecil (UUK) kiri depan, UUK kanan belakang.

3. Faktor *Passage* (jalan lahir)

Passage atau factor jalan lahir dibagi menjadi :

1. Bagian keras : tulang-tulang panggul (rangka panggul)
2. Bagian lunak : otot-otot, jaringan – jaringan, ligament-ligament.

4. Factor psikologi ibu

Keadaan psikologi ibu mempengaruhi proses persalinan didampingi oleh suami dan orang-orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibandingkan dengan ibu bersalin tanpa didampingi suami atau orang-orang yang dicintainya. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh pada kelancaran proses persalinan.

5. Factor penolong

Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik

diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi. (Rohani, dkk, 2010)

2.1.5 Tanda Dan Gejala Menjelang Persalinan

Hidayat. A, dkk (2010). Tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain :

1. Lightening

Lighenting yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sevalik, kepala bayi biasanya menancap setelah lightening. Lighenting adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ke III kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar didalam ruang abdomen atas untuk ekspansi paru. Namun lighenting tetap menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi akibat struktur di area pelvis minor. Hal-hal spesifik berikut akan dialami ibu : ibu jadi sering berkemih, karena kandung kemih ditekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang, perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau ia perlu defikasi. Lighenting mengakibatkan

tinggi fundus menurun ke posisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan.

2. Perubahan serviks

Mendekati persalinan serviks semakin matang kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti pudding dan mengalami sedikit penipisan dan kemungkinan mengalami dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Sebagai contoh, pada masa hamil serviks ibu multipara secara normal mengalami pembukaan 2 cm, sedangkan primigravida dalam kondisi normal serviks menutup.

Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas Braxton hicks. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan. Setelah menentukan kematangan serviks, bidan dapat menyakinkan ibu bahwa ia akan berlanjut ke proses persalinan begitu muncul kontraksi persalinan dan bahwa waktunya sudah dekat.

3. Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks.

Kontraksi uterus dari persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi Braxton hicks yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar 6 minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau secara intermitten bahkan 3 atau 4 minggu sebelum awitan persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri dan wanita dapat mengalami kurang tidur dan energy dalam menghadapinya. Bagaimanapun persalinan palsu juga mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat.

4. Ketuban pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala 1 persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, disebut ketuban pecah dini (KPD).

5. Bloody Show

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutupi jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai bloody show. Bloody show paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Ketika melihat rabas tersebut, wanita sering kali berpikir bahwa ia melihat tanda persalinan. Kadang-kadang seluruh plak lendir dikeluarkan dalam bentuk

masa. Yang keluar pada saat persalinan berlangsung dan terlihat pada vagina sering kali disangka tali pusat yang lepas. Bloody show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi biasanya dalam 24 sampai 48 jam.

6. Lonjakan energy

Banyak wanita mengalami lonjakan energy kurang lebih 24 jam sampai 48 jam sebelum awitan persalinan. Setelah beberapa hari dan minggu merasa letih secara fisik dan lelah karena hamil, mereka terjaga pada suatu hari dan menemukan diri mereka dan bertenaga penuh. Para wanita ini merasa enerjik melakukan sebelum kedatangan bayi, selama beberapa jam sehingga mereka semangat melakukan berbagai aktifitas yang sebelumnya tidak mampu mereka lakukan, akibatnya mereka memasuki masa persalinan dalam keadaan letih. Terjadi lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi alamiah, yang memungkinkan wanita tersebut memperoleh energy yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita tersebut harus diberi informasi tentang kemungkinan lonjakan energy ini diarahkan untuk menahan diri menggunakan dan menghematnya untuk persalinan.

2.1.6 Tahapan Persalinan

Rohani, dkk (2010) tahapan-tahapan persalinan adalah sebagai berikut :

A. Kala I (Kala Pembukaan)

In partu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka. Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase laten dan fase aktif.

1. Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung 7-8 jam.
2. Fase aktif, (pembukaan serviks 4-10 cm) berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam subfase (sumarah, dkk, 2008).

a. Fase akselerasi

Dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b. Fase dilatasi maksimal

Dimana dalam waktu 2 jam, pembukaan berlangsung sangat cepat dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm.

c. Fase deselerasi

Dimana pembukaan mulai lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurvei Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

B. Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan terakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam.

Tanda dan gejala kala II (Hidayat, Sujiyantini, 2010)

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit
- b. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- c. Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan/atau vagina.
- d. Perineum terlihat menonjol

- e. Vulva vagina dan sfinger ani terlihat membuka.
- f. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Diagnose kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan :

- a. Pembukaan serviks telah lengkap.
- b. Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina.

C. Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir (Rohani, dkk, 2010).

D. Kala IV

Kala IV dimulai setelah plasenta dan berahirnya dua jam setelah proses tersebut.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu :

- a. Tingkat kesadaran
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernapasan.
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal jika jumlah tidak melebihi 400-500 cc. (Rohani, dkk, 2010)
- e.

2.1.7 Mekanisme Persalinan Normal

Gerakan utama kepala janin pada proses persalinan

1) Engagement

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparietal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid.

Masuknya kepala:

- a. Pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan
- b. Pada multi terjadi pada permulaan persalinan

Kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul (sinklitismus) atau miring/ membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/ posterior). Masuknya kepala ke dalam PAP, dengan fleksi ringan, sutura sagitalis/SS melintang. Bila SS di tengah-tengah jalan lahir: sinklitismus. Bila SS tidak di tengah-tengah jalan lahir: asinklitismus. Asinklitismus posterior: SS mendekati simfisis. Asinklitismus anterior: SS mendekati promontorium.

2) Descent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun ke dalam

rongga panggul, akibat: tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

3) Flexion

Pada umumnya terjadi flexi penuh/sepurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul, membantu penurunan kepala selanjutnya. Fleksi: kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmantikus (belakang kepala). Dengan majunya kepala, fleksi bertambah, ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (diameter suboksipito bregmantika menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.

4) Internal rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam): selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan:

- a. Ada his selaku tenaga/ gaya pemutar
- b. Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi.

Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terendah memutar ke depan ke bawah simfisis

- a. Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir
- b. Terjadi dengan sendirinya, selalu bersamaan dengan majunya kepala
- c. Tidak terjadi sebelum sampai Hodge III
- d. Sebab-sebab putaran paksi dalam:
 - a) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah
 - b) Bagian terendah mencari tahanan paling sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitalis)
 - c) Ukuran terbesar pada bidang tengah panggul, diameter anteroposterior

5) Extension

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini

kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vaginae.

- a. Defleksi dari kepala
- b. Pada kepala bekerja 2 kekuatan, yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas, resultan keduanya kekuatan ke depan atas.
- c. Pusat pemutaran: hipomoklion
- d. Ekstensi terjadi sesuatu kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior. Lahir berturut-turut: oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

6) External rotation

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong, dan seluruh tungkai.

- a. Setelah kepala lahir, memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (putaran restitusi)
- b. Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sepihak, putaran paksi luar sebenarnya
- c. Putaran paksi luar disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP

- d. Setelah putaran paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang
- e. Bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak.

7) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak: badan (toraks, abdomen), dan lengan, pinggul/ trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki. (Aprilia, 2012)

2.1.8 Perubahan fisiologis dan psikologis dalam persalinan

Perubahan fisiologis dan psikologis selama persalinan adalah sebagai berikut : (Rohani dkk, 2011).

a. Perubahan fisiologis dan psikologis kala I

1) Perubahan fisiologi kala I :

a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

b) Metabolisme

Metabolisme karbohidrat *aerobic* maupun metabolisme *anaerobic* akan naik secara berangsur disebabkan karena kecemasan serta aktifitas otot skeletal. Peningkatan ini ditandai dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output, dan kehilangan cairan.

c) Suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu dianggap normal jika tidak melebihi 0,5-1 °C.

d) Denyut jantung

Detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

e) Pernafasan

Terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi peningkatan laju pernafasan yang dianggap normal.

f) Perubahan pada ginjal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, disebabkan oleh peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap biasa dalam persalinan.

g) Perubahan gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah biasa terjadi sampai mencapai akhir kala I.

h) Perubahan hematologi

Hematologi meningkat sampai 1,2 gram/100 ml selama persalinandan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca persalinan kecuali ada perdarahan post partum.

2) Perubahan psikologi kala I :

a) Pengalaman sebelumnya

Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri dan fokus pada dirinya sendiri ini timbul ambivalensi mengenai kehamilanseiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilan terhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab yang baru atau tambahan yang akan di tanggunginya,

kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu.

b) Kesiapan emosi

Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang terkendali yang di akibatkan oleh perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya sendiri serta pengaruh dari orang-orang terdekatnya, ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal. Untuk dapat lebih tenang dan terkendali biasanya lebih sering bersosialisasi dengan sesama ibu-ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat.

c) Persiapan menghadapi persalinan(fisik, mental,materi)

Ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung jawab yang baru dengan adanya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang di kandungnya.

d) Support sistem

Peran serta orang-orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih sayang yang

lebih dari seseorang yang di cintai untuk membantu kelancaran dan jiwa ibu itu sendiri.

b. Perubahan fisiologis dan psikologis kala II

1) Perubahan fisiologi pada kala II

a) Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 15 sampai 25 mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya mengedan pada ibu juga dapat memengaruhi tekanan darah, menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya berada sedikit diatas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat diantara kontraksi. Rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg di antara kontraksi ketika wanita telah mengedan adalah hal yang normal (Varney, 2008).

b) Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus-menerus berlanjut sampai kala dua disertai upaya mengedan pada ibu yang akan menambah aktivitas otot-otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme (Varney, 2008).

c) Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mengedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat

selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan (Varney, 2008).

d) Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0,5 sampai 1°C (Varney, 2008).

e) Perubahan Sistem Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, 2008).

f) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal (Varney, 2008).

g) Perubahan Gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut sampai kala dua. Muntah normalnya hanya terjadi sesekali. Muntah yang konstan dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstetrik, seperti ruptur uterus (Varney, 2008).

h) Dorongan mengejan

Perubahan fisiologis terjadi akibat kontraksi kekuatan serupa yang telah bekerja sejak jam-jam awal persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah serviks berdilatasi lengkap namun, akselerasi ini tidak terjadi secara tiba-tiba. Beberapa wanita merasakan dorongan mengejan sebelum serviks berdilatasi lengkap dan sebagian lagi tidak merasakan aktivitas ini sebelum sifat ekspulsif penuh (Myles, 2009).

i) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal (Varney, 2008).

2) Perubahan Psikologis pada Kala II

a) Ketidaknyamanan saat bersalin ibu merasakan nyeri akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan semakin sering, berkeringat dan mual ini juga menyebabkan ketidaknyamanan.

b) Badan selalu kegerahan, karena saat ini metabolisme ibu meningkat denyut jantung meningkat, nadi, suhu, pernapasan meningkat ibu berkeringat lebih banyak, akibatnya ibu merasa lelah sekali kehausan ketika bayi

sudah di lahirkan karena tenaga habis dipakai untuk meneran.

c) Tidak sabaran, sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya terganggu. Hal ini disebabkan karena kepala janin sudah memasuki panggul dan timbul kontraksi-kontraksi pada uterus. Muncul rasa kesakitan dan ingin segera mengeluarkan janinnya.

d) Setiap ibu akan tiba pada tahap persalinan dengan antisipasinya dan tujuannya sendiri serta rasa takut dan kekhawatiran. Para ibu mengeluh bahwa bila mampu mengejan terasa lega. Tetapi ibu lain sangat berat karena intensitas sensasi yang dirasakan. Efek yang dapat terjadi pada ibu karena mengedanyaitu *exhaustion*, ibu merasa lelah karena tekanan untuk mengejan sangat kuat.

c. Perubahan fisiologis dan psikologis kala III

1) Perubahan fisik pada kala III

a) Perubahan Uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Ambarwati, 2010).

b) Perubahan Serviks

Kala III persalinan serviks dan segmen bawah uteri dan menjadi struktur yang tipis kolaps dan kendur. Mulut serviks mengecil perlahan-lahan. Selama beberapa hari, segera setelah persalinan, mulutnya dengan mudah dapat di masuki dua jari, tetapi pada akhir minggu pertama telah terjadi demikian sempit sehingga sulit untuk memasukkan satu jari. Setelah minggu pertama servik mendapatkan kembali tonusnya pada saat saluran kembali terbentuk dan tulang internal tertutup.

c) Perubahan Kardiovaskuler

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

d) Perubahan Tekanan Darah

Hasil pengukuran tekanan darah seharusnya tetap stabil setelah melahirkan. Penurunan tekanan darah bisa mengindikasikan adanya hipovolemia yang berkaitan dengan hemorhagi uterus. Peningkatan sistolik 30 mmHg dan diastolik 15 mmHg yang disertai dengan sakit kepala dan gangguan penglihatan, bisa menandakan ibu mengalami preeklamsia (Maryunani, 2009).

e) Perubahan Nadi

Nadi >100 x/mnt, Nadi secara bertahap kembali ke tingkat sebelum melahirkan. Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, atau dehidrasi. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi/ hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2007).

f) Perubahan Suhu

Suhu tidak lebih dari $37,5^{\circ}$, Suhu tubuh kembali meningkat perlahan. Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi. Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2007).

g) Perubahan Pernafasan

Pernafasan kembali normal, Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi seperti saat sebelum hamil pada bulan ke enam setelah melahirkan (Maryunani, 2009).

h) Perubahan Metabolisme

Metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot

rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

Peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapat perhatian serta ditindak lanjuti guna mencegah terjadinya dehidrasi.

i) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi, untuk mencegah (1) obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin, (2) trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama, yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal.

j) Perubahan Gastrointestinal

Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi. Wanita mungkin menahan defekasi karena perineumnya mengalami perlukaan atau

karena ia kurang pengetahuan dan takut akan merobek atau merusak jahitan jika melakukan defekasi (Varney, 2007).

k) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan postpartum.

2) Perubahan Psikologis pada Kala III

- a) Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya.
- b) Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
- c) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit.
- d) Menaruh perhatian terhadap plasenta.

d. Perubahan fisiologis dan psikologis kala IV

1) Fisiologi Kala IV

Persalinan kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan 2 jam sesudahnya, adapun hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap

dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi perdarahan lanjut (Sumarah, 2008).

a) Evaluasi uterus: konsistensi, atonia

Perlu diperhatikan bahwa kontraksi uterus mutlak diperlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus ke bentuk normal. Kontraksi uterus yang tak kuat dan terus menerus dapat menyebabkan terjadinya atonia uteri yang dapat mengganggu keselamatan ibu. Untuk itu evaluasi terhadap uterus pasca pengeluaran plasenta sangat penting untuk diperhatikan. Untuk membantu uterus berkontraksi dapat dilakukan dengan masase agar tidak menjadi lembek dan mampu berkontraksi dengan kuat. Kalau dengan usaha ini uterus tidak mau berkontraksi dengan baik dapat diberikan oksitosin dan harus diawasi sekurang-kurangnya selama satu jam sambil mengamati terjadinya perdarahan post partum.

b) Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Hal ini berguna untuk mengetahui terjadinya laserasi (adanya robekan) yang dapat diketahui dari adanya perdarahan pasca persalinan, plasenta yang lahir lengkap serta adanya kontraksi uterus. Segera setelah kelahiran bayi, servik dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan dilakukan perbaikan lewat

pembedahan kalau diperlukan. Servik, vagina dan perineum dapat diperiksa lebih mudah sebelum pelepasan plasenta karena tidak ada perdarahan rahim yang mengaburkan pandangan ketika itu. Pelepasan plasenta biasanya dalam waktu 5 sampai 10 menit pada akhir kala II.

c) Pemantauan dan evaluasi lanjut

(1) Tanda Vital

Pemantauan tanda-tanda vital pada persalinan, kala IV antara lain:

- (a) Kontraksi uterus harus baik
- (b) Tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genitalia lainnya.
- (c) Plasenta dan selaput ketuban harus telah lahir lengkap.
- (d) Kandung kencing harus kosong.
- (e) Luka-luka pada perineum harus terawat dengan baik dan tidak terjadi hematoma.
- (f) Bayi dalam keadaan baik.
- (g) Ibu dalam keadaan baik.

Pemantauan tekanan darah pada ibu pasca persalinan, digunakan untuk memastikan bahwa ibu tidak mengalami syok akibat banyak mengeluarkan darah. Adapun gejala syok yang diperhatikan antara lain: nadi cepat, lemah (110

kali/menit atau lebih), tekanan rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat atau dingin, kulit lembab, nafas cepat (lebih dari 30 kali/menit), cemas, kesadaran menurun atau tidak sadar serta produksi urin sedikit sehingga produksi urin menjadi pekat, dan suhu yang tinggi perlu diwaspadai juga kemungkinan terjadinya infeksi dan perlu penanganan lebih lanjut.

(2) Kontraksi uterus

Pemantauan adanya kontraksi uterus sangatlah penting dalam asuhan kala IV persalinan, dan perlu evaluasi lanjut setelah plasenta lahir yang berguna untuk memantau terjadinya perdarahan. Kalau kontraksi uterus baik dan kuat kemungkinan terjadinya perdarahan sangat kecil. Pasca melahirkan perlu dilakukan pengamatan secara seksama mengenai ada tidaknya kontraksi uterus yang diketahui dengan meraba bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tinggi fundus uterus telah turun dari pusat, karena saat kelahiran tinggi fundus uterus telah berada 1-2 jari dibawah pusat dan terletak agak sebelah kanan sampai akhirnya hilang dihari ke-10 kelahiran.

(3) Lochea

Melalui proses katabolisme jaringan, berat uterus dengan cepat menurun dari sekitar 1000gr pada saat kelahiran menjadi sekitar 50gr pada saat 3minggu masa nifas. Serviks juga kehilangan elastisitasnya dan menjadi kaku seperti sebelum kehamilan. Selama beberapa hari pertama setelah kelahiran sekret rahim (lochea) tampak merah (lochea rubra) karena adanya eritrosit. Setelah 3 sampai 4 hari lochea menjadi lebih pucat (lochea serosa) dan di hari ke-10 lochea tampak putih atau putih kekuningan (lochea alba). Lochea yang berbau busuk diduga adanya suatu di endometriosis.

(4) Kandung Kemih

Pada saat setelah plasenta keluar kandung kencing harus diusahakan kosong agar uterus dapat berkontraksi dengan kuat yang berguna untuk menghambat terjadinya perdarahan lanjut yang berakibat fatal bagi ibu. Jika kandung kemih penuh, bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan ibu dianjurkan untuk selalu mengosongkannya jika diperlukan, dan ingatkan kemungkinan keinginan berkemih berbeda setelah dia melahirkan bayinya.

(5) Perineum

Terjadinya laserasi atau robekan perineum dan vagina dapat diklarifikasikan berdasarkan luas robekan. Robekan perineum hampir terjadi pada hampir semua persalinan, pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya.

2.1.9 Komplikasi Persalinan

Komplikasi yang dapat timbul dalam persalinan normal menurut (Rohani dkk, 2011), adalah :

1. Kala I dan Kala II

a. Persalinan Lama

Masalah : Fase laten lebih dari 8 jam persalinan telah berlangsung selama 12 jam/ lebih tanpa kelahiran bayi. Dilatasi serviks dikanan garis waspada pada patograf. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu :

- a) Kecemasan dan ketakutan
- b) Pemberian analgetik yang kuat atau pemberian analgetik yang terlalu cepat pada persalinan dan pemberian anastesi sebelum fase aktif.
- c) Abnormalitas pada tenaga ekspulsi.
- d) Abnormalitas pada panggul.
- e) Kelainan pada letak dan bentuk janin.

Penanganan umum :

- a) Nilai dengan segera keadaan umum ibu bersalin dan janin (termasuk tanda-tanda vital dan tingkat hidrasi), serta perbaiki keadaan janin.
 - b) Beri dukungan, perubahan posisi sesuai dengan penanganan persalinan normal.
 - c) Kaji kembali patograf.
 - d) Nilai frekuensi dan lamanya His.
 - e) Jika pasien tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan SC.
- b. Partus Presipitatus

Partus Presipitatus adalah kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung lebih dari 3 jam setelah awal persalinan. Partus persipitatus sering berkaitan dengan solusio plasenta, aspirasi mekonium, pendarahan post partu, bila serviks panjang dan jalan lahir kaku, akan terjadi robekan serviks dan jalan lahir yang luas.

c. Distosia

Distosia adalah kelambatan atau kesulitan persalinan. Hal ini dapat disebabkan karena tenaga atau His yang tidak terkoordinasi, kelainan letak karena bentuk janin, serta distosia karena kelainan jalan lahir.

2. Kala III dan Kala IV

a. Pendarahan pada kala III

Pendarahan pada umumnya terjadi dikarenakan terpotongnya pembuluh-pembuluh darah dari dinding rahim bekas implantasi plasenta/karena sinus-sinus maternal di tempat insersinya pada dinding uterus terbuka. Biasanya pendarahan itu tidak banyak, sebab kontraksi dan retraksi otot-otot uterus menekan pembuluh darah yang terbuka sehingga lumennya tertutup, kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah. Jumlah darah yang umum keluar tidak lebih dari 500cc. apabila setelah lahirnya bayi darah yang keluar melebihi 500cc maka dapat dikategorikan mengalami pendarahan pasca persalinan primer. Tanda-tanda yang dapat dijumpai secara langsung diantaranya perubahan pada tanda-tanda vital, seperti pasien mengeluh lemah, berkeringat dingin, menggigil, sistolik <90 mmHg, nadi >100 x/menit, kadar HB < 8 gram%. Pendarahan primer terjadi dalam 24 jam pertama dan sekunder sesudah itu. Hal yang menyebabkan pendarahan post partum adalah :

a) Atonia Uteri

Atonia Uteri adalah tidak ada tegangan/kekuatan otot pada daerah uterus atau rahim (Kamus Kedokteran Dorland). Atonia uteri adalah dimana rahim tidak dapat

berkontraksi dengan baik setelah persalinan, terjadi pada sebagian besar pendarahan pasca persalinan (Rohani dkk, 2011).

Atonia uteri dapat terjadi karena : partus lama, karena tidak ada pemicu kontraksi/hormone oksitosin lemah, pembesaran uterus yang berlebihan pada waktu hamil kembar, hidramnion, janin besar, kegagalan kontraksi uterus/otot rahim, multiparitas, atonia juga dapat timbul karena salah penanganan kala III persalinan, dengan memijat uterus dan mendorong kebawah dalam usaha melahirkan plasenta sedang sebenarnya belum terlepas dari uterus. Tanda dan gejala adalah : Nadi serta pernafasan menjadi lebih cepat, tekanan darah menurun, syok karena pendarahan.

b) Retensio Plasenta

Retensio Plasenta adalah apabila plasenta belum lahir setengah jam sesudah anak lahir (Rohani dkk, 2011).

Patofisiologi retensio plasenta dalam rahim akan mengganggu kontraksi dan retraksi, menyebabkan sinus-sinus darah tetap terbuka, begitu bagian plasenta terlepas dari dinding uterus, pendarahan terjadi di

daerah it. Bagian plasenta yang masih melekat retraksi miometrium dan pendarahan terus berlangsung terus sampai sisa organ tersebut terlepas serta dikeluarkan.

Penanganan : apabila plasenta belum lahir 30 menit setelah bayi lahir, harus diusahakan untuk mengeluarkannya, tindakan yang biasa dilakukan adalah manual plasenta.

c) Inversion Plasenta

Pada inversion plasenta uteri bagian atas uterus memasuki kavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol kedalam kavum uteri. Menurut perkembangannya inversion uteri dapat dibagi dalam beberapa tingkat yaitu : fundus uteri menonjol kedalam kavum uteri, tetapi belum keluar dari ruangan tersebut, korpus uteri yang terbalik sudah masuk kedalam vagina, uterus dengan vagina semuanya terbalik untuk sebagian besar terletak diluar vagina.

d) Emboli Air Ketuban

Emboli Air Ketuban adalah syok yang berat sewaktu persalinan yang disebabkan oleh plasenta previa, emboli air ketuban adalah merupakan salah satu penyebab syok disebabkan karena pendarahan. Penyebab terjadinya emboli air ketuban adalah

masuknya air ketuban ke vena endosentrik/sinus yang terbuka di daerah tempat perlengkatan plasenta. Faktor predisposisi : ketuban sudah pecah, His kuat, pembuluh darah yang terbuka, multiparasit, kematian janin intrauterine, ketuban bercampur mekonium, usia diatas 30 tahun. Gejala yang mungkin terjadi adalah gelisah, mual muntah, sianosis, tekanan darah menurun, nadi cepat dan lemah, kesadaran menurun, syok. Komplikasi : gangguan pembekuan darah, edema paru, payah jantung (Obstetri Patologi).

2.1.10 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan Kebidanan menurut (Sumarah, 2008) adalah: Menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal). Tujuan asuhan pada persalinan yang lebih spesifik adalah:

- (1) Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan bayi.
- (2) Melindungi keselamatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), mulai dari hamil hingga bayi selamat.

- (3) Mendeteksi dan menatalaksana komplikasi secara tepat waktu
- (4) Memberi dukungan serta cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran bayinya.

2.1.11 Penatalaksanaan Asuhan Persalinan Normal

1) Persiapan Lingkungan

Persalinan dan bayi mungkin saja terjadi di rumah, puskesmas atau rumah sakit (Depkes RI, 2008).

Dimanapun persalinan terjadi, diperlukan persiapan hal-hal sebagai berikut:

- a. Ruangan yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan angin.
- b. Sumber air bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan memandikan ibu sebelum dan sesudah melahirkan.
- c. Air desinfeksi tingkat tinggi untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum dilakukan pemeriksaan dalam dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir.
- d. Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel dan sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan.
- e. Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan.

- f. Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk memberikan asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan.
- g. Penerangan yang cukup, baik yang siang maupun malam hari.
- h. Tempat tidur yang bersih untuk ibu.
- i. Meja yang bersih atau tempat untuk menaruh peralatan persalinan.
- j. Meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir.

2) Persiapan Alat Dan Bahan

Persiapkan perlengkapan alat, bahan dan obat-obatan yang diperlukan saat persalinan sebagai berikut :

- a. Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan. Segera ganti peralatan yang hilang atau rusak.
- b. Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong persalinan.
- c. Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai. Partus set, peralatan untuk melakukan penjahitan, dan resusitasi bayi baru lahir sudah dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi.

Tabel 2.1 Persiapan alat dan bahan

SAFF I	SAFF II	SAFF III
Partus set berisi : klem steril 1 pasang, gunting tali pusat 1 buah, kasa secukupnya, pengikat tali pusat, handscoen 2 pasang, ½ koher 1 buah. Hecting set berisi : pingset 2 pasang, nalfuder 1 buah, kasa 6 buah, handscoen 1 pasang, jarum hecting 1 buah, benang catgut chromic , gunting benang 1 buah. Kapas sublimat, air DTT, handzanitizer, obat-obatan: oxytosin 1 ampul, aquades steril, spuit 3 cc, 5 cc, 10 cc, clorin spray, korentang pada tempatnya.	a. Tempat plasenta b.Tensi meter c.Stethoscope d.Wadah berisi larutan clorin 0,5 % e.Sarung tangan steril dan keteter steril f.Thermometer.	1. perlengkapan ibu 2. perlengkapan bayi 3. Infuse set 4. Plastik pakaian kotor 5. peralatan APD

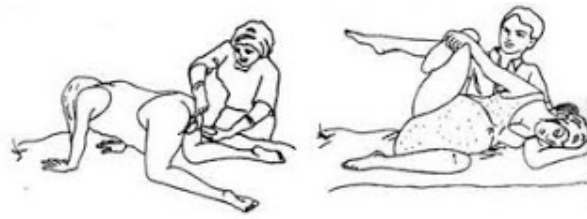
Sumber : (Depkes RI, 2008).

3) Persiapan Pasien

Persiapan pasien pada saat mulai persalinan adalah posisi ibu saat mengejan yang terdiri dari :

1. Posisi Miring atau Lateral

Posisi miring membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (JPNK-KR, 2007).



Gambar 2.1 Posisi Miring atau Lateral

Keuntungan :

- a. Oksigenisasi janin maksimal karena dengan miring ke kiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar.
- b. Memberi rasa santai bagi ibu yang letih.
- c. Mencegah terjadinya laserasi (Sulistyawatidkk, 2010).

2. Posisi Jongkok

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri (JPNK-KR, 2007).



Gambar 2.2 Posisi Jongkok

Keuntungan :

- a. Memperluas rongga panggul, diameter tranversal bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
- b. Persalinan lebih mudah.
- c. Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- d. Mengurangi trauma pada perineum. (Rohanidkk, 2011).

3. Posisi Merangkak

Posisi merangkak membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (JPNK-KR, 2007).



Gambar 2.3 Posisi Merangkak

Keuntungan :

- a. Membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul.
- b. Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit.
- c. Membantu janin dalam melakukan rotasi.
- d. Peregangan minimal pada perineum (Sulistyawatidkk, 2010).

4. Posisi Semi Duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS di segenap penjuru tanah air. Pada posisi ini, pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman (Rohanidkk, 2011).



Gambar 2.4 Posisi Semi Duduk

Keuntungan :

- a. Memudahkan melahirkan kepala bayi.
- b. Membuat ibu nyaman.
- c. Jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah.

5. Posisi duduk

Pada posisi ini, duduklah diatas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. Kedua kaki ditekuk dan dibuka tangan memegang lutut dan tangan pasangan membantu memegang perut ibu.



Gambar 2.5 Posisi Duduk

Keuntungan :

- a. Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- b. Memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi.
- c. Memudahkan melahirkan kepala bayi (Rohanidkk, 2011).

6. Posisi berdiri

Pada posisi ini ibu disangga oleh suami dibelakangnya.



Gambar 2.6 Posisi Berdiri

Keuntungan :

- a. Memanfaatkan gaya gravitasi.
- b. Memudahkan melahirkan kepala (Rohanidkk , 2011).

7. Persiapan ibu Pemantauan Persalinan Menurut Asuhan Persalinan Normal(JNPK, 2008).

Kala I

1. Menanyakan riwayat kehamilan ibu secara lengkap.
2. Melakukan pemeriksaan fisik secara lengkap (dengan memberikan perhatian terhadap tekanan darah, denyut jantung janin, frekuensi dan lama kontraksi dan apakah ketuban pecah).
3. Lakukan pemeriksaan dalam secara aseptik dan sesuai kebutuhan. Dalam keadaan normal periksa dalam cukup setiap 4 jam sekali dan harus selalu secara aseptik.
4. Memantau dan mencatat denyut jantung janin sedikitnya setiap 30 menit selama proses persalinan, jika ada tanda-tanda gawat janin (DJJ kurang dari 100 kali/menit atau lebih dari 180 kali/menit) harus dilakukan setiap 15 menit, DJJ harus didengarkan selama dan segera setelah kontraksi

uterus. Jika ada tanda-tanda gawat janin bidan harus mempersiapkan rujukan kefasilitas yang memadai.

5. Catat semua temuan dan pemeriksaan fase laten persalinan pada kartu ibu dan catatan kemajuan persalinan. Ibu harus dievaluasi sedikitnya setiap 4 jam, lebih sering jika ada indikasi. Catatan harus selalu memasukkan DJJ, periksa dalam, pecahnya ketuban, perdarahan/cairan vagina, kontraksi uterus, TTV, urine, minuman, obat-obat yang diberikan, dan informasi yang berkaitan serta semua perawatan yang diberikan.
6. Mengizinkan ibu untuk memilih orang yang akan mendampinginya selama proses persalinan dan menganjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama proses persalinan.
7. Menganjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan menganjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak.
8. Menganjurkan ibu untuk mendapatkan asupan (makanan ringan dan minuman air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi dan menganjurkan anggota keluarga untuk

sesering mungkin menawarkan makanan ringan dan minuman selama proses persalinan.

9. Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama proses persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh.

4) Persiapan Petugas

Salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk mencuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan pribadi.

Sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril harus selalu dipakai selama melakukan pemeriksaan dalam, membantu kelahiran, penjahitan laserasi dan asuhan bayi baru lahir.

Perlindungan diri merupakan penghalang antara penolong dan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit. Oleh sebab itu penolong harus memakai (APD), celemek yang bersih penutup kepala, masker, kaca mata, dan sepatu untuk mencegah terjadinya infeksi.

5) Cara Pertolongan Persalinan Berdasarkan 58 Langkah APN

Kala II persalinan

1. Mengamati tanda dan gejala kala II yaitu ibu mempunyai keinginan untuk meneran, ibu merasa tekanan yang semakin

meningkat pada rectum dan vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
3. Memakai alat pelindung diri secara lengkap (topi, kaca mata, masker, celemek, sarung tangan dan sepatu bot).
4. Melepaskan semua perhiasan, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk yang bersih.
5. Menggunakan sarung tangan pada tangan yang lebih dominan (tangan sebelah kanan) untuk mengisap oksitosin dengan teknik One Hand.
6. Mengisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan menggunakan tangan yang pakai sarung tangan DTT) dan meletakkan kembali di partus set tanpa mengontaminasi tabung suntik.
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi dengan air DTT. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu,

- membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam.
 9. Mendekontaminasikan sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, kemudian mencuci kedua tangan.
 10. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal.
 11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada kontraksi, bantu ibu berada dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).
 13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran. Jangan menganjurkan ibu untuk meneran berkepanjangan dan menahan napas. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. jika ibu berbaring miring, ia

akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik kearah dada dan dagu ditempelkan ke dada.

14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak-puncak kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
15. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Membuka partus set
18. Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan (dibawah kain bersih dan kering), ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum.
20. Setelah kepala bayi lahir, minta ibu untuk berhenti meneran dan bernapas cepat. Periksa leher bayi apakah terlilit oleh tali pusat. Jika ada lilitan di leher bayi cukup longgar maka lepaskan lilitan

tersebut dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat sangat erat maka jepit tali pusat dengan klem pada 2 tempat dengan jarak 3 cm, kemudian potong tali pusat diantara 2 klem tersebut.

21. Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikut sehingga terjadi putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah bayi melakukan putaran paksi luar, letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu depan melewati simpisis, setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dilahirkan.
23. Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah ke arah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum. Tangan bawah menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Secara simultan, tangan atas menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong dan kaki.

24. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan yang lainnya.
25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), Letakkan bayi diatas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Bila bayi mengalami asfiksia segera lakukan resusitasi
26. Segera keringkan dan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut di atas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik.
27. Memastikan bahwa tidak ada bayi lain didalam uterus.
28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin
29. Segera (dalam satu menit setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar.
30. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu).
31. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut.
32. Mengeringkan bayi secara seksama, memberikan bayi kepada ibunya dan dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

33. Menutupi bayi dengan kain dan biarkan diatas perut ibu.

Kala III

34. Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.

35. Meletakkan satu tangan diatas perut ibu (beralaskan kain) tepat diatas shimpisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali pusat. Memegang tali pusat dengan klem dengan tangan yang lain.

36. Menunggu uterus berkontraksi dan setelah terjadi kontraksi, regangkan tali pusat dengan satu tangan dengan lembut. Dan tangan yang lain melakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorsokranial). Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat dengan dengan arah sejajar lantai (mengikuti poros jalan lahir).

37. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban

38. Pada saat plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan kedalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang

plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.

39. Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri :

1. Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
2. Jelaskan tindakan kepada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahan secara rileks.
3. Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri.

40. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.

1. Periksa plasenta sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh (tidak ada bagian yang hilang)
2. Pasangkan bagian-bagian plasenta yang robek untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang.
3. Periksa plasenta sisi fetal (yang menghadap kebayi) untuk memastikan tidak adanya lobus tambahan (suksenturiata).
4. Evaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya.

41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Kala IV

42. Pastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik, Melakukan penilaian dan masase fundus uteri setiap 15 menit selama 1 jam pertama setelah persalinan, kemudian setiap 30 menit selama 1 jam kedua setelah persalinan. Pada saat melakukan masase uterus, perhatikan berapa banyak darah yang keluar dari vagina. Jika fundus tidak teraba keras, terus lakukan masase pada daerah fundus agar dapat berkontraksi. Periksa jumlah perdarahan yang keluar dari vagina. Periksa perineum ibu apakah membengkak, hematoma, dan perdarahan dari tempat perlukaan yang sudah dijahit setiap kali memeriksa perdarahan fundus dan vagina.
43. Biarkan bayi tetap berada diatas perut ibu selama 1 jam.
44. Setelah satu jam melakukan IMD maka lakukan pemeriksaan antropometri dan berikan salep mata dan vitamin K pada paha kiri.
45. Setelah satu jam dari pemberian vitamin K, maka berikan imunisasi HB pada paha kanan.
46. Melakukan penilaian kontraksi dan masase fundus uteri.
47. Ajarkan pada ibu dan keluarga untuk membantu melakukan masase fundus uteri.

48. Periksa tekanan darah
49. Periksa nadi ibu setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah persalinan, dan setiap 30 menit selama satu jam kedua setelah persalinan.
50. Lakukan pemeriksaan napas dan suhu tubuh untuk mengantisipasi masalah yang mungkin terjadi.
51. Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi dalam tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lender dan darah.
54. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan memberikan rasa nyaman bagi ibu.
55. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
56. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Dokumentasi : melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

2.1.12. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk membuat keputusan klinik, memantau, mengevaluasi dan menatalaksanapersalinan. Partograf dapat dipakai untuk memberikan peringatan awal bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, serta perlunya rujukan.

Waktu yang tepat untuk pengisian partograf adalah saat proses persalinan telah berada dalam kala I fase aktif yaitu saat pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm dan berakhir pada pemantauan kala IV. Partograf dikatakan sebagai data yang lengkap bila seluruh informasi ibu, kondisi janin, kemajuan persalinan, waktu dan jam, kontraksi uterus, kondisi ibu, obat-obatan yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dicatat secara rinci sesuai cara pencatatan partograf. Isi dari partograf antara lain:

1. Mencatat Temuan pada Partograf

a. Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai: '**jam atau pukul**' pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.

b. Kondisi janin

Bagan atas grafik pada partograf adalah untuk mencatat denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

1. Denyut jantung janin

Dengan menggunakan metode seperti yang telah diuraikan pada bagian pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan catat denyut jantung janin (DJJ) **setiap 30 menit** (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas partograf menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka disebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan member tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegas dan bersambung.

Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal pada angka 180 dan 100. Sebaiknya, penolong harus waspada bila DJJ mengarah hingga di bawah 120 atau di atas 160. Catat tindakan-tindakan yang dilakukan pada ruang yang tersedia di salah satu dari kedua sisi partograf.

2. Warna dan adanya air ketuban

Nilai kondisi air ketuban setiap kali melakukan periksa dalam dan menilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut:

U: selaput ketuban utuh (belum pecah)

J: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban
dan jernih

M: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban
bercampur mekonium

D: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban
bercampur darah

K: selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban
tidak mengalir lagi ("kering")

Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin. Jika terdapat

mekonium, pantau DJJ dengan seksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin (denyut jantung janin <100 atau >180 per menit) maka ibu harus segera dirujuk

Tetapi jika terdapat mekonium kental, segera rujuk ibu ke tempat yang memiliki kemampuan

penatalaksanaan gawatdarurat obstetrik dan bayi baru lahir.

3. Penyusupan (Molase) Tulang Kepala Janin

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupan atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan risiko disproporsi kepala-panggul (CPD). Ketidak-mampuan untuk berakomodasi atau disproporsi ditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpang-tindih (molase) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup, sulit untuk dipisahkan. Apabila ada dugaan disproporsi kepala-panggul maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan. Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan dugaan proporsi kepala-panggul (CPD) ke fasilitas kesehatan rujukan. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antara tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai dibawah lajur air ketuban.

Gunakan lambing-lambang berikut:

0: tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi

1: tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan

3: tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

c. Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatat kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks dalam satuan centimeter dan menempati lajur dan kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan seperti yang telah dijelaskan sebelumnya (menentukan penurunan janin). Setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, denyut jantung janin, kontraksi uterus dan frekuensi nadi ibu.

1. Pembukaan serviks

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan catat pembukaan serviks **setiap 4 jam** (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari **setiap** pemeriksaan. Tanda

“X” harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

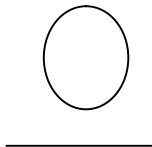
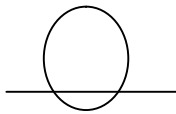
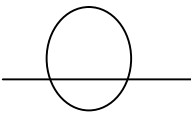
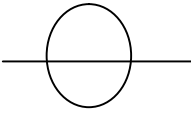
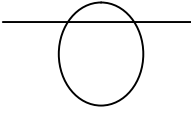
Perhatikan:

- a. Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang di peroleh dari hasil pemeriksaan dalam.
- b. Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan, temuan (pembukaan serviks) dari hasil periksa dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan bukaan serviks (hasil pemeriksaan dalam) dan cantumkan tanda “X” pada ordinat atau titik silang dari garis dilatasi serviks dan garis waspada.
- c. Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (titik terputus).

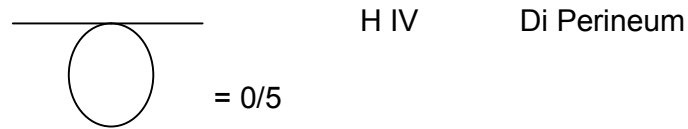
2. Penurunan bagian terbawah janin

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian pemeriksaan fisik di bab ini. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering (jika di temukan tanda-tanda penyulit). Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm.

Tuliskan “Turunya kepala” dan garis tidak putus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda ‘O’ yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika hasil pemeriksaan palpasi kepala di atas simfisis pubis adalah 4/5 maka tuliskan angka ‘O’ di garis angka 4. Hubungkan tanda ‘O’ dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

Periksa luar	Periksa Dalam	Keterangan
		Kepala diatas pap, mudah digerakkan
	H I – II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul.
	H II – III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul.
	H III +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul.
	H III – IV	Kepala didasar panggul

$$= 1/5$$



3. Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah kesebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm perjam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit (misalnya: fase aktif yang memanjang, serviks kaku, atau inersia uteri hipotonik, dll). Pertimbangkan perlunya melakukan intervensi bermanfaat yang diperlukan, misalnya: persiapan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan (rumah sakit atau puskesmas) yang memiliki kemampuan untuk menatalaksana penyulit dan gawat darurat obstetric. **Garis bertindak** tertera sejajar dan di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. **Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk**

menyelesaikan persalinan. Sebaiknya, ibu sudah harus berada di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

4. Jam dan waktu

1. Waktu Mulainya Fase Aktif Persalinan

Di bagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-12. Setiap kotak menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

2. Waktu Aktual Saat Pemeriksaan atau Penilaian

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu 30 menit yang berhubungan dengan lajur untuk pencatatan pembukaan serviks. DJJ di bagian atas dan lajur kontraksi dan nadi ibu di bagian bawah. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan, cantumkan pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catat waktu actual pemeriksaan ini di kotak waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika hasil pemeriksaan menunjukkan pembukaan serviks adalah 6cm pada pukul 15.00, cantumkan tanda 'X' di garis waspada yang sesuai dengan lajur angka 6 yang tertera di sisi luar kolom paling kiri dan catat waktu aktual di kotak pada lajur waktu di bawah lajur pembukaan (kotak ketiga dari kiri).

5. Kontraksi uterus

Di bawah lajur partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi

Nyatakan lamanya kontraksi dengan:



Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.



beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.



isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik

d. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Dibawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan IV. Bagian ini dapat juga digunakan untuk mencatat jumlah asupan yang diberikan.

1. Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.

2. Obat-obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambah dan/atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

e. Kondisi Ibu

Bagian terbawah lajur dan kolom pada halaman depan partograf, terdapat kotak atau ruang untuk mencatat kondisi kesehatan dan kenyamanan ibu selama persalinan.

1. Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh

Angka di sebelah kiri bagian partograf ini berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

- a) Nilai dan catat **nadi ibu setiap 30 menit** selama fase aktif persalinan (lebih sering jika di duga adanya penyuli). Beri tanda titik (•) pada kolom yang sesuai.
- b) Nilai dan catat **tekanan darah ibu setiap 4 jam** selama fase aktif persalinan (lebih sering jika di duga adanya penyulit). Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai ↑
- c) Nilai dan catat **temperatur tubuh** ibu (lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau di duga adanya

infeksi) **setiap 2 jam** dan catat temperatur tubuh dalam kotak yang sesuai.

2. Volume urin, protein atau aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu **sedikitnya setiap 2 jam** (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan, setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urin.

1. Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya.

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan.

Asuhan, pengamatan dan/atau keputusan klinik mencakup:

- a) Jumlah cairan peroral yang diberikan
- b) Keluhan sakit kepala atau penglihatan (pandangan) kabur.
- c) Konsultasi dengan penolong persalinan lainnya (Obgin, bidan, dokter umum)
- d) Persiapan sebelum melakukan rujukan
- e) Upaya, jenis dan lokasi fasilitas rujukan

2. Pencatatan pada lembar belakang Partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak **kala satu**

hingga kala IV dan bayi baru lahir. Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai **Catatan Persalinan**. Nilai dan catatkan asuhan yang diberikan kepada ibu selama masa nifas (terutama pada kala 4 persalinan) untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai. Dokumentasi ini sangat penting, terutama untuk membuat keputusan klinik (misalnya, pencegahan perdarahan pada kala IV persalinan). Selain itu, catat persalinan (lengkap dan benar) dapat digunakan untuk menilai/memantau sejauh mana pelaksanaan asuhan persalinan yang aman dan bersih telah dilakukan.

Catatan persalinan adalah terdiri dari unsure-unsur berikut:

- a. Data atau informasi umum
- b. Kala I
- c. Kala II
- d. Kala III
- e. Bayi baru lahir
- f. Kala IV

Cara pengisian

Berbeda dengan pengisian halaman depan (harus segera diisi di setiap akhir pemeriksaan), pengisian data di lembar belakang partograf baru di lengkapi setelah seluruh proses persalinan selesai. Informasi yang

telah dicatatkan di halaman belakang partograf akan meliputi unsur-unsur berikut ini:

Data dasar

Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan dan alasan merujuk, tempat rujukan dan pendamping pada saat merujuk. Isikan data pada masing-masing tempat yang telah disediakan, atau beri tanda $\sqrt{\quad}$ pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Lingkari jawaban yang sesuai dan untuk pertanyaan nomor 5 dan pilihan untuk peranyaan nomor 8 mungkin lebih dari satu. Pertanyaan nomor 9 untuk pengenalan kondisi gawat darurat atau komplikasi saat ibu bersalin datang ke fasilitas kesehatan.

Data dasar yang perlu dipenuhi adalah sebagai berikut:

1. Tanggal:
2. Nama bidan:.....
3. Tempat bersalin:

<input type="checkbox"/> rumah ibu	<input type="checkbox"/> puskesmas
<input type="checkbox"/> polindes	<input type="checkbox"/> rumah sakit
<input type="checkbox"/> klinik swasta	<input type="checkbox"/> lainnya:.....
4. Alamat tempat persalinan:.....
5. Catatan: ☐ rujuk, kala: I/ II/ III/ IV
6. Alasan merujuk:.....
7. Tempat rujukan:.....
8. Pendamping pada saat merujuk:

<input type="checkbox"/> bidan	<input type="checkbox"/> teman	<input type="checkbox"/> suami	<input type="checkbox"/> dukun	<input type="checkbox"/> keluarga
<input type="checkbox"/> tidak ada				
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:

<input type="checkbox"/> gawatdarurat	<input type="checkbox"/> perdarahan	<input type="checkbox"/> HDK	<input type="checkbox"/> infeksi
<input type="checkbox"/> PMTCT			

Kala I

Kala I terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah lain yang timbul, penatalaksanaanya, dan hasil penatalaksanaan tersebut. Untuk pertanyaan nomor 10, lingkari jawaban yang sesuai. Pertanyaan berikutnya hanya diisi jika terdapat masalah lain, cara dan hasil penatalaksanaan.

Pertanyaan pada kala I adalah sebagai berikut:

10. Partograf melewati garis waspada: Y/T
11. Masalah lain, sebutkan:.....
12. Penatalaksanaan masalah tersebut:.....
13. Hasilnya:.....

Kala II

Kala II terdiri dari episiotomy, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah lain, penatalaksanaan masalah dan hasilnya. Beri tanda √ pada kotak disamping jawaban yang sesuai. Bila pertanyaan nomor 13, jika jawabanya 'Ya', tulis indikasinya. Untuk nomor 15 dan 16 jika jawabanya "Ya", isi tindakan yang dilakukan. Khusus pada nomor 15 ditambahkan ruang baru untuk menekankan upaya deteksi dini terhadap gangguan kondisi kesehatan janin, selama kala II dan harus dicatatkan pada hasil pemantauan tersebut (normal, gawat janin, atau tidak dapat di evaluasi). Bagian ini dapat menjadi pelengkap bagi informasi pada kotak

“Ya” maupun “Tidak” untuk pernyataan nomor 15. Jawaban untuk pertanyaan nomor 14, mungkin lebih dari 1. Untuk ‘masalah lain’ pada nomor 17 harus dijelaskan jenis masalah yang terjadi.

Pertanyaan-pertanyaan pada Kala II adalah sebagai berikut:

14. Episiotomi:
 - ☐ ya, indikasi.....
 - ☐ tidak
15. Pendamping pada saat persalinan:
 - ☐ suami ☐ keluarga ☐ teman ☐ dukun ☐ tidak ada
16. Gawat janin:
 - ☐ ya, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
 - c.
 - ☐ tidak
 - ☐ pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasilnya.....
17. Distosia bahu
 - ☐ ya, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
 - c.
 - ☐ tidak
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah dan hasilnya:.....

Kala III

Data untuk kala Kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, rangsangan pada fundus, kelengkapan plasenta saat dilahirkan, retensio plasenta yang > 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan dan diberi tanda √ pada kotak disamping

jawaban yang sesuai. Untuk nomor 25, 26, dan 28 lingkari jawaban yang benar.

Informasi untuk kala III adalah sebagai berikut:

19. Inisiasi menyusui dini
 - ☐ ya
 - ☐ tidak
20. Lama kala III:.....menit
21. Pemberian oksitosin 10 U IM?
 - ☐ ya, alasan:.....
 - ☐ tidak
 - ☐ penjepitan tali pusat.....menit setelah bayi lahir
22. Pemberian ulang Oksitosin (2X)?
 - ☐ ya, alasan:.....
 - ☐ tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali?
 - ☐ ya
 - ☐ tidak, alasan:.....
24. Masase fundus uteri:
 - ☐ ya
 - ☐ tidak, alasan:.....
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*): ya / tidak

Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:

- a.
- b.
26. Plasenta tidak lahir >30 menit:
 - ☐ tidak
 - ☐ ya, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
27. Laserasi:
 - ☐ ya, dimana.....
 - ☐ tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat: 1 / 2 / 3 / 4
Tindakan
 - ☐ penjahitan, dengan atau tanpa anestesi
 - ☐ tidak dijahit, alasan:.....

29. Atonia uteri:

() ya, tindakan:

- a.
- b.
- c.

() tidak

30. Jumlah darah yang keluar:.....ml

31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut.....

Hasilnya:.....

Pemantauan Selama Kala Dua Persalinan.

Kondisi ibu, bayi dan kemajuan persalinan harus selalu dipantau secara berkala dan ketat selama berlangsungnya kala dua persalinan.

Pantau, Periksa dan Catat:

- a) Nadi ibu setiap 30 menit.
- b) Frekuensi dan lama kontraksi setiap 30 menit.
- c) DJJ setiap selesai meneran atau setiap 5-10 menit.
- d) Penurunan kepala bayi setiap 30 menit melalui pemeriksaan abdomen (periksa luar) dan periksa dalam setiap 60 menit atau jika ada indikasi, hal ini dilakukan lebih cepat.
- e) Warna cairan ketuban jika selaputnya sudah pecah (jernih atau bercampur mekonium atau darah).
- f) Apakah ada presentasi majemuk atau tali pusat di samping atau terkemuka.
- g) Putaran paksi luar segera setelah kepala bayi lahir.

- h) Catatkan semua pemeriksaan dan intervensi yang dilakukan pada catatan persalinan.

Asuhan Dan Pemantauan Kala Empat

Setelah Plasenta Lahir :

- a) Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi dengan baik dan kuat.
- b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan anda secara melintang dengan pusat sebagai patokan. umumnya fundus uteri setinggi atau beberapa jari dibawah pusat.
- c) Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan
- d) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekkan perineum.
- e) Evaluasi keadaan umum ibu.
- f) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama asuhan persalinan kala empat di bagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

Memperkirakan kehilangan darah

Sangat sulit untuk memperkirakan kehilangan darah secara tepat karena darah seringkali bercampur dengan cairan ketuban atau urin dan mungkin dengan handuk, kain atau sarung. Tak mungkin menilai kehilangan darah secara akurat melalui penghitungan jumlah sarung karena ukuran sarung bermacam-macam dan mungkin telah diganti jika terkena sedikit darah atau basah oleh darah. Meletakkan wadah atau pispot dibawah bokong ibu untuk mengumpulkan darah bukan cara yang

efektif untuk mengukur kehilangan darah dan cerminan asuhan sayang ibu karena berbaring diatas wadah atau pispot sangat tidak nyaman dan menyulitkan ibu untuk memegang dan menyusukan bayinya.

Suatu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah bisa mengisi dua botol, ibu telah kehilangan satu liter darah. Jika darah bisa mengisi setengah botol, ibu kehilangan darah 250 ml. Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu. Cara tak langsung untuk mengukur jumlah kehilangan darah adalah melalui penampakkan gejala dan tekanan darah. Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing dan kesadaran menurun serta tekanan darah sistolik lebih turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik maka ibu telah kehilangan darah 50% dari total jumlah darah ibu (2000-2500 ml). Penting untuk selalu memantau keadaan umum ibu dan menilai jumlah kehilangan darah selama kala empat melalui tanda-tanda vital, jumlah darah yang keluar dan kontraksi uterus.

Memeriksa perdarahan dari perineum

Perhatikan dan temukan penyebab perdarahan dari laserasi atau robekkan perineum dan vagina. Nilai perluasan laserasi perineum. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekkan.

- a. Derajat satu : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum. Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan aposisi luka baik.
- b. Derajat dua : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum.
- c. Derajat Tiga : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani.
- d. Derajat empat : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot sfingter ani, dinding depan rektum.
- e. Penolong APN tidak dibekali keterampilan untuk reparasi laserasi perineum derajat tiga atau empat. Segera rujuk ke fasilitas rujukan.

Pencegahan infeksi

Setelah persalinan, dekontaminasi alas plastik, tempat tidur dan matras dengan larutan klorin 0,5% kemudian cuci dengan deterjen dan bilas dengan air bersih, keringkan dengan kain bersih supaya ibu tidak berbaring diatas matras yang basah. Dekontaminasi linen yang digunakan selama persalinan dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian cuci segera dengan air dan deterjen.

Pemantauan keadaan umum ibu.

Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan terjadi selama empat jam pertama setelah kelahiran bayi. Karena alasan ini sangatlah penting untuk

memantau ibu secara ketat segera setelah persalinan. Jika tanda-tanda vital dan kontraksi uterus masih dalam batas normal selama dua jam pertama pasca persalinan. Penting untuk berada disamping ibu dan bayinya selama dua jam pertama pasca persalinan.

Selama dua jam pertama pasca persalinan :

- a) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.
- b) Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat.
- c) Pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan. Jika meningkat, pantau dan tatalaksana sesuai dengan apa yang diperlukan.
- d) Nilai perdarahan. Periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat.
- e) Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase uterus jika uterus lembek.

- f) Minta anggota keluarga untuk memeluk bayi. Bersihkan dan bantu ibu untuk mengenakan baju atau sarung yang bersih dan kering, atur posisi ibu agar nyaman, duduk bersandarkan bantal atau berbaring miring. Jaga agar bayi diselimuti dengan baik, bagian kepala tertutup baik, kemudian berikan bayi ke ibu dan anjurkan ibu untuk dipeluk dan diberi ASI.

Jangan gunakan kain pembelat perut selama dua jam pertama pasca persalinan atau hingga kondisi ibu stabil. Kain pembelat perut menyulitkan penolong untuk menilai kontraksi uterus secara memadai. Jika kandung kemih penuh, bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan anjurkan untuk mengosongkan setiap kali diperlukan. Jika ibu tidak dapat berkemih, bantu ibu dengan cara menyiramkan air bersih dan hangat ke perineumnya. Berikan privasi atau masukkan jari-jari ibu ke dalam air hangat untuk merangsang keinginan berkemih secara spontan.

Jika setelah berbagai upaya tersebut, ibu tetap tidak dapat berkemih secara spontan, mungkin perlu dilakukan kateterisasi. Jika kandung kemih penuh atau dapat dipalpasi, gunakan teknik aseptik saat memasukkan kateter nelaton DTT atau steril untuk mengosongkan kandung kemih. Setelah kandung kemih dikosongkan, lakukan masase pada fundus agar uterus berkontraksi baik. Sebelum meninggalkan ibu, pastikan bahwa ia dapat berkemih sendiri dan keluarganya mengetahui bagaimana menilai kontraksi

dan jumlah darah yang keluar. Ajarkan pada mereka bagaimana mencari pertolongan jika mengalami tanda-tanda bahaya berikut seperti :

- a) Demam
- b) perdarahan aktif
- c) bau busuk dari vagina
- d) Pusing
- e) Lemas luar biasa
- f) Penyulit dalam menyusukan bayinya.
- g) Nyeri panggul atau abdomen yang lebih hebat dari nyeri kontraksi biasa

Partograf Tampak Depan

PARTOGRAF

No. Register

--	--	--	--	--	--

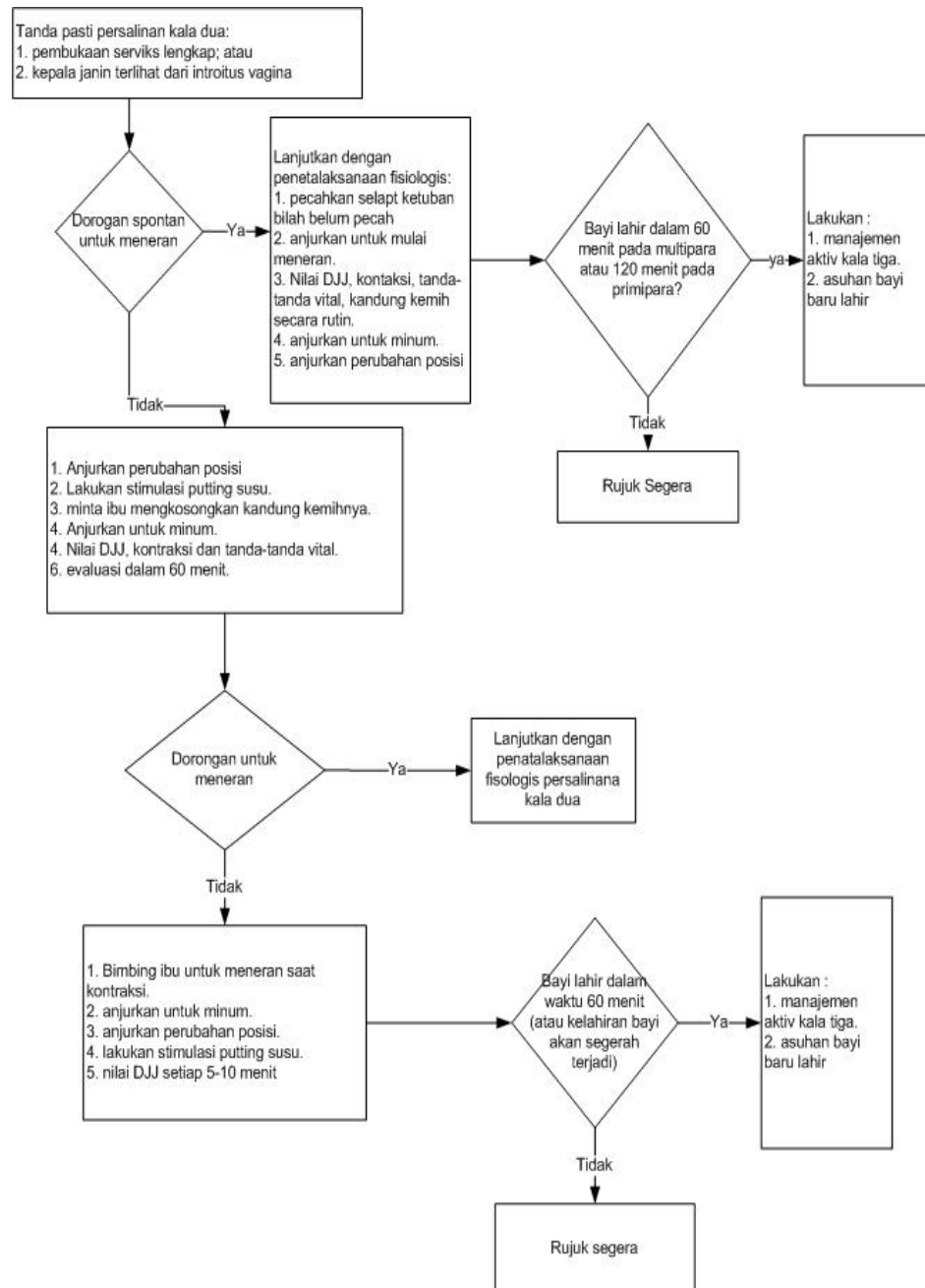
 Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas

--	--	--	--	--	--

 Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

Denyut Jantung Janin (/menit)	200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80	
Air ketuban Penyusupan		
Pembukaan serviks (cm) beri tanda x Turunnya kepala beri tanda o	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	Waktu (jam) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
Kontraksi tiap 0 Menit	5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
Oksitosin U/L tetes/menit		
Obat dan Cairan IV • Nadi	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60	
Tekanan darah		
Suhu °C		
Urin	Protein Aseton Volume	

2.1.13. Pathway



Sumber : Buku Acuan APN 2008..

2.2 Konsep dasar manajemen kebidanan

2.2.1 Pengertian Manejemen Kebidanan

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Suryani, 2007).

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat (Depkes RI, 2005).

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Varney, 2008).

2.2.2 Tujuan

Adapun tujuan dari manajemen kebidanan (Varney, 2008) yaitu:

- a. Untuk menunjukkan perbaikan-perbaikan yang diharapkan setelah menentukan perencanaan.
- b. Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan yang dilakukan dan menentukan sasaran yang tepat.

- c. Untuk mengetahui kemajuan hasil dan tindakan yang akan dilakukan
- d. Untuk memecahkan suatu masalah
- e. Menimbulkan cara berpikir analitik dan kritis dengan melihat permasalahan
- f. Menjadi profesionalisme dalam mengatasi permasalahan ibu, anak dan keluarga berencana.

2.2.3 Prinsip manajemen kebidanan

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar American College of Nurse Midwife (ACNM) menurut Varney terdiri atas:

1. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberi informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien

6. Secara pribadi bertanggungjawab terhadap implementasi rencana individual.
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.2.4 Langkah-Langkah Manajemen Kebidanan (Varney, 2008)

Penerapan manajemen kebidanan dalam bentuk kegiatan praktek kebidanan dilakukan melalui suatu proses yang disebut langkah-langkah atau proses manajemen kebidanan.

Langkah-langkah manajemen kebidanan tersebut adalah:

a. Pengumpulan data

Semua pihak yang terlibat mempunyai peranan penting dalam setiap langkah untuk membuat keputusan klinik. Data utama (Misalnya, Riwayat persalinan), data subyektif yang diperoleh dari anamnesis (misalnya, keluhan pasien), dan data obyektif dari pemeriksaan fisik (misalnya tekanan darah) diperoleh melalui serangkaian upaya

sistematik dan terfokus. Validitas dan akurasi data akan sangat membantu pemberi pelayanan untuk melakukan analisis yang pada akhirnya, akan menghasilkan keputusan klinik yang tepat. Data subyektif adalah informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakannya, apa yang sedang dan telah dialaminya. Data subyektif juga meliputi informasi tambahan yang diceritakan oleh anggota keluarga tentang status ibu, terutama jika ibu merasa sangat nyeri atau sangat sakit. Data obyektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan/pengamatan terhadap ibu atau bayi baru lahir. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara (Buku Acuan APN, 2008).

1. Anamnesis dan observasi langsung: berbicara dengan ibu, mengajukan pertanyaan-pertanyaan mengenai kondisi dan mencatat riwayat kesehatan ibu. Termasuk juga mengamati perilaku ibu dan apakah ibu terlihat sehat atau sakit merasa nyaman atau nyeri
2. Pemeriksaan fisik: inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi
3. Pemeriksaan penunjang : pemeriksaan laboratorium, USG, Rontgen
4. Catatan Medik

b. Interpretasi data untuk mendukung diagnosis atau identifikasi masalah

Setelah data dikumpulkan, penolong persalinan melakukan analisis dan mengikuti algoritma diagnosis. Peralihan dari analisis data menuju pada pembuatan diagnosis bukanlah suatu proses yang linier (berada pada satu garis lurus) melainkan suatu proses sirkuler (melingkar) yang berlangsung terus menerus. Suatu diagnosis kerja diuji dan dipertegas atau dikaji ulang berdasarkan pengamatan dan pengumpulan data secara terus menerus. Untuk identifikasi masalah dan membuat diagnosis diperlukan

1. Data yang lengkap dan akurat
2. Kemampuan untuk menginterpretasi/analisis data
3. Pengetahuan esensial, institusi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada

Diagnosis dibuat sesuai dengan istilah atau nomenklatur spesifik kebidanan yang mengacu pada data utama, analisis data subyektif dan obyektif yang diperoleh. Diagnosis menunjukkan variasi kondisi yang berkisar antara normal dan patologik yang memerlukan upaya korektif untuk menyelesaikannya. Masalah dapat memiliki dimensi yang luas dan mungkin berada diluar konteks sehingga keterkaitan atau batasannya menjadi tidak jelas untuk

diagnosis yang akan dibuat sehingga sulit untuk segera diselesaikan. Masalah obstetri, merupakan bagian dari diagnosis sehingga selain upaya korektif dalam penatalaksanaan, juga diperlukan upaya penyerta untuk mengatasi masalah (Buku Acuan APN, 2008).

c. Menetapkan diagnosis kerja atau merumuskan masalah

Bagian ini dianalogikan dengan proses membuat diagnosis kerja setelah mengembangkan berbagai kemungkinan diagnosis lain(diagnosisbanding). Rumusan masalah mungkin saja terkait langsung maupun tidak langsung terhadap diagnosis tetapi dapat pula merupakan masalah utama yang saling terkait dengan beberapa masalah penyerta atau factor lain yang berkontribusi dalam terjadinya masalah utama.

Dalam pekerjaan sehari-hari, penolong persalinan yang terampil akan segera mengetahui bahwa seorang pasien adalah primigravida dalam fase aktif persalinan (diagnosis). Tetapi apabila sang ibu juga mengalami anemia (masalah) maka identifikasi penyebab masalah ini tidaklah mudah seperti membuat diagnosis diatas. Hal tersebut memerlukan analisis lanjutan untuk menentukan apakah anemia tadi disebabkan oleh defisiensi zat besi (kurang asupan), investasi parasit (malaria, cacing, dsb) atau budaya setempat

(factor social dan rendahnya pendidikan) yang melarang ibu hamil mengkonsumsi makanan bergizi (malnutrisi). Dengan kata lain, walaupun sudah ditegakkan diagnosis kerja tetapi bukan berarti bahwa tidak ada masalah lain yang dapat menyertai atau mengganggu upaya pertolongan yang akan diberikan oleh seorang penolong persalinan (Buku Acuan APN, 2008):

- d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk menghadapi masalah

Petugas kesehatan di klinik atau bidan didesa, tidak hanya diharapkan terampil membuat diagnosis bagi pasien atau klien yang dilayaninya tetapi juga harus mampu mendeteksi setiap situasi yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayinya. Untuk mengenali situasi tersebut, para bidan harus pandai membaca situasi klinik dan budaya masyarakat setempat sehingga mereka tanggap dan mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera sebagai langkah penyelamatan ibu dan bayinya apabila gawat darurat memang terjadi (Buku Acuan APN, 2008).

- e. Menyusun Rencana asuhan atau intervensi

Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu bersalin dikembangkan melalui kajian data yang telah diperoleh, identifikasi kebutuhan atau kesiapan asuhan dan intervensi,

dan mengukur sumberdaya atau kemampuan yang dimiliki. Hal ini dilakukan untuk membuat ibu bersalin dapat ditangani secara baik dan melindunginya dari berbagai masalah ataupun penyulit potensial dapat mengganggu kualitas pelayanan, kenyamanan ibu ataupun mengancam keselamatan ibu dan bayi (Buku Acuan APN, 2008).

f. Melaksanakan Asuhan

Setelah membuat rencana asuhan, laksanakan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Hal ini akan menghindarkan terjadinya penyulit dan memastikan bahwa ibu dan atau bayinya yang baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang beberapa intervensi yang dapat dijadikan pilihan untuk kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang dihadapi sehingga mereka dapat membuat pilihan yang baik dan benar (Buku Acuan APN, 2008).

g. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau interval solusi

Penatalaksanaan yang telah dikerjakan kemudian dievaluasi untuk menilai efektifitasnya. Tentukan apakah perlu dikaji ulang atau diteruskan sesuai dengan rencana kebutuhan saat itu. Proses pengumpulan data, membuat diagnosis, memilih intervensi, menilai kemampuan diri,

melaksanakan asuhan atau intervensi dan evaluasi adalah proses sirkuler (melingkar), lanjutkan evaluasi asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir. Jika pada saat evaluasi ditemukan status ibu atau bayi baru lahir telah berubah, sesuaikan asuhan yang diberikan untuk memenuhi perubahan kebutuhan tersebut (Buku Acuan APN, 2008)

2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Primigravida

1. Pengkajian

Dalam langkah ini semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien dikumpulkan. Pendekatan yang dipakai dalam mengumpulkan data harus komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien sebenarnya. Pengkajian meliputi :

A. Data Subyektif

a) Umur/Usia

Primigravida dengan usia dibawah 20 tahun dan semua ibu dengan usia diatas 35 tahun di kategorikan sebagai ibu dengan resiko tinggi. Kehamilan dan persalinan di usia muda dihubungkan belum sempurnanya organ-organ yang ada ditubuh wanita untuk bereproduksi, selain itu faktor psikologis yang cenderung kurang stabil juga meningkatkan kejadian

trauma di usia muda. Bertambahnya umur wanita berkaitan dengan perubahan pada alat reproduksi (Krisnadidkk, 2009).

b) Kondisi sosial-ekonomi

Perbedaan kejadian persalinan prematur berdasarkan kondisi sosial ekonomi. Hal ini berkaitan dengan kecenderungan untuk hamil, pada usia muda, tidak menikah, mengalami lebih banyak stres, nutrisi yang kurang, kebiasaan merokok, pemakaian obat-obatan dan kekerasan fisik (Krisnadidkk, 2009).

c) Keluhan utama: untuk mengetahui masalah yang dihadapi dan sejauh mana kebutuhan klien yang berkaitan dengan keadaan ibu misalnya timbul rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur, keluar lendir bercampur darah yang banyak robekan kecil pada serviks, terkadang ketuban pecah (Rohani dkk, 2011).

d) Riwayat keluhan sekarang: data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan proses persalinan, biasanya ada nyeri pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah, serta keluar lendir darah dari jalan lahir (Rohani dkk, 2011).

e) Riwayat kesehatan yang lalu: data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit

akut, kronis seperti jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada proses persalinan.

- f) Riwayat kebidanan: untuk mengetahui penyakit yang berhubungan dengan organ reproduksi wanita, Riwayat kesehatan keluarga: untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menurun, seperti asma, hepatitis, DM, serta penyakit menular seperti TBC yang dapat mempengaruhi ibu dalam proses persalinan.
- g) Riwayat kehamilan sekarang : HPHT adalah hari pertama dari masa menstruasi normal terakhir (membantu saat penanggalan kehamilan), Keberadaan masalah atau komplikasi seperti perdarahan, Ditanyakan pergerakan janin normal yang lebih dari 10x/hari, Jumlah kunjungan kehamilan selama ibu hamil mulai trimester I kehamilan sampai dengan trimester III sebanyak 4 kali, Imunisasi Tetanus Toksoid pada ibu hamil untuk mencegah terjadinya penyakit tetanus pada bayi dan ibu.

B. Data Objektif

Adalah menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik pasien yang meliputi:

- 1) Pemeriksaan umum : keadaan umum untuk mengetahui data ini, bidan perlu mengamati keadaan pasien secara keseluruhan, hasil pengamatan akan bidan laporkan dengan

kriteria Baik, Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dengan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan, Lemah jika Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2009). Tingkat kesadaran untuk mengetahui tingkat kesadaran yaitu apakah kompos mentis atau sadar normal dan dapat menjawab semua pertanyaan, apatis atau keadaan kesadaran yang seakan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh, dan somnolen atau kesadaran menurun.

- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi : Tekanan darah untuk mengetahui atau mengukur batas normal tekanan darah ibu adalah 120/80 mmHg. Suhu untuk mengetahui suhu badan pada ibu, suhu badan yang normal, 36,5°C-37,5°C. Nadi untuk mengetahui denyut nadi biasanya denyut sekitar 60-80 kali/menit. Respirasi untuk mengetahui frekuensi pernapasan yang dihitung dalam menit. Sedangkan respirasi pada ibu bersalin cenderung lebih cepat yaitu 16-26 kali/menit (Saifuddin, 2005).

- 3) Pemeriksaan tinggi badan pada ibu bertujuan untuk mengetahui tinggi badan normal atau tidak, jika tinggi badan kurang dari normal maka dicurigai panggul sempit atau CPD dan akan berpengaruh saat persalinanan. Pemeriksaan berat badan : kenaikan berat badan selama kehamilan, normalnya berkisar antara 12-15 kg, sedangkan memasuki trimester II janin tumbuh pesat dengan pertumbuhan ± 10 gram/hari. Pada ibu yang normal kenaikan yang dianjurkan 0,4 kg/minggu, pada ibu dengan overweight dianjurkan 0,3 kg/minggu, sedangkan pada ibu dengan underweight kenaikan berat badan yang dianjurkan adalah 0,5 kg/minggu. pemeriksaan lila pada ibu melahirkan untuk mengetahui kecukupan gizi, lila normal pada ibu bersalin adalah $> 23,5$ cm.
- 4) Pemeriksaan fisik dilakukan dari ujung rambut sampai ujung kaki. Kepala: pada kepala bersih atau tidak, ada oedema atau tidak, ada bekas luka atau tidak. Wajah: ada cloasma gravidarum atau tidak, ada oedema atau tidak. Mata: konjungtiva: merah mudah atau pucat, sclera: putih atau kuning, ada oedema atau tidak. Gigi: bersih atau tidak, ada caries atau tidak. Leher: mengkaji ada tiroid atau tidak, ada pembesaran kelenjar limfe atau tidak, ada pembendungan

vena jugularis atau tidak. Dada: melakukan inspeksi dan palpasi, dapat dicatat perubahan normal.

Perut: inspeksi dan palpasi, mengkaji pembesaran abdomen, ada striae livide atau tidak, ada striae albicans atau tidak, ada linea nigra atau tidak, ada linea alba atau tidak, serta memeriksa TFU untuk mengetahui tafsiran berat badan janin dan kontraksi uterus. Leopold I: untuk menentukan tuanya kehamilan dan bagian apa yang terdapat dalam fundus, Leopold II : untuk menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letak bagian-bagian kecil, Leopold III : untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul, Leopold IV : untuk menentukan apa yang menjadi bagianbawah dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul.

MC donal dan TBBA: untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus:Kepala sudah masuk PAP (Divergen) $TFU - 11 \times 155$, dan kepala belum masuk PAP (convergen) $TFU - 12 \times 155$. Auskultasi : DJJ pada titik maksimum punggung kiri atau kanan, terdengar kuat atau tidak, teratur atau tidak, frekuensi berapa kali/menit. Ekstremitas: apakah

ibu ada cacat bawaan, ada oedema dan varises atau tidak, dan memeriksa reflex patella.

Vulva dan vagina : bentuk normal, labia mayora menutupi labia minora, ada penyakit Infeksi menular seksual atau tidak, pada ibu hamil akan mengakibatkan perdarahan pada saat proses persalinan. Anus: ada benjolan atau tidak, ada hemoroid atau tidak.

- 5) Pemeriksaan dalam, Indikasi: Dilakukan pemeriksaan dalam jika ada indikasi seperti ketuban pecah atau tiap 4 jam melakukan pemeriksaan dalam atau VT. Tujuan: dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui tanda inpartu. Vagina Toucher: Vulva/Vagina ada kelainan atau tidak, pengeluaran pervaginam ada lendir darah atau tidak, Portio tebal atau tipis lunak, Pembukaan Kala I fase laten pembukaan 1-3 cm, fase aktif 4-10 cm, Ketuban (U: ketuban utuh, J: kantong ketuban pecah dan air ketuban jernih, M: kantong ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium, D: kantong ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah, K: kantong ketuban sudah pecah dan air ketuban tidak ada atau kering), Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul

0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah.

1 : Tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan.

2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.

3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan).

6) Pemeriksaan Laboratorium, Urine: Untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine, dikarenakan terjadinya retensi air dan garam dalam tubuh. Protein + 1 dapat, mengindikasikan hipertensi akibat kehamilan, glikosuria ringan mungkin didapati pada keadaan normal, tetapi tetap membutuhkan pengkajian lebih lanjut, keadaan ini bisa mengindikasikan diabetes mellitus. Darah: Dilakukan pada ibu hamil terutama adalah pemeriksaan kadar Hb dalam darah lab dapat dilakukan agar dapat mendeteksi faktor resiko kehamilan.

II. Interpretasi Data Dasar dan Diagnosa

Interpretasi data dasar merupakan rangkaian yang menghubungkan data yang diperoleh dengan konsep teori, prinsip relevan untuk mengetahui kesehatan pasien. Pada langkah ini data diinterpretasikan menjadi diagnosa, masalah dan kebutuhan. Diagnosa kebidanan: adalah diagnosa yang ditegakkan dalam lingkup praktek kebidanan yang memuat : Hamil atau tidak, primi atau multi, usia kehamilan, hidup atau meninggal, tunggal

atau kembar, letak anak intrauterin atau ekstrauterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum ibu.

III. Antisipasi Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah dan diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa potensial yang ada masalah dan diagnosa tersebut hanya merupakanantisipasi pencegahan bila mungkin nanti sambil waspada dan siap-siap bila benar terjadi. Masalah potensial adalah masalah yang mungkin terjadi dan bila tidak segera diatasi klien mengganggu keselamatan hidup klien. Masalah potensial yang perlu diantisipasi adalah : dalam kala I-II yaitu persalinan lama, partus presipitatus, kala III-IV yaitu pendarahan, atonia uteri, retensio plasenta, inversion plasenta, emboli air ketuban.

IV. Tindakan Segera

Dalam langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi pasien (Varney,2004)

V. Perencanaan

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkahsebelumnya. Perencanaannya antara lain : Berikan dukungan dan pendekatan terapeutik, memberikan

dukungan dan pendekatan yang baik akan terjalin kerja sama serta kepercayaan pasien terhadap petugas kesehatan, informasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, informasi yang diberikan memberi gambaran pada ibu tentang kesehatan ibu dan janin sehingga ibu lebih kooperatif untuk asuhan selanjutnya, observasi TTV, DJJ dan his tiap 30 menit dan pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah tiap 4 jam dan suhu tiap 2 jam, pada fase laten hasil melakukan observasi dengan lembar observasi dan pada fase aktif dengan menggunakan patograf, sebagai indikator dalam menilai kemajuan persalinan dan keadaan patologis yang mungkin akan terjadi pada ibu dan janin, melakukan inform consent dengan pasien, sebagai bukti persetujuan bahwa pasien bersedia dirawat di ruangan bersalin sesuai prosedur.

Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, lingkungan yang aman dan nyaman menjaga privasi ibu termasuk asuhan sayang ibu, anjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri, tidur miring mengurangi tekanan pada vena cava inferior, sehingga tidak mengganggu aliran darah dan sirkulasi O₂ dari ibu ke janin, anjurkan ibu untuk berkemih jika ada rasa ingin berkemih, kandung kemih yang penuh akan menghambat proses turunnya kepala janin.

Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi makan dan minum yang cukup selama persalinan, memberi energi dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi, Libatkan keluarga dalam proses persalinan, Agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendorong ibu, Siapkan alat dan bahan sesuai saff, Persiapan alat dan bahan yang lengkap memudahkan dalam proses persalinan, mengatur posisi ibu saat pembukaan sudah lengkap untuk persiapan meneran saat ada his, tolong persalinan dengan 58 langkah APN, perawatan ibu dan bayi saat 2 jam post partum.

VI. Pelaksanaan

Langkah ini dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat dengan ketentuan melaksanakan tindakan kebidanan secara mandiri, kolaborasi delegasi kepada teman sejawat.

VII. Evaluasi

Langkah ini merupakan evaluasi semua kegiatan yang dilaksanakan sesuai rencana tindakan, sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa evaluasi yang diharapkan pada kasus ibu.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian

3.1.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sudarwan, 2003). Pada penelitian ini, peneliti ingin mengetahui bagaimana bentuk asuhan kebidanan pada ibu Primigravida dengan persalinan normal.

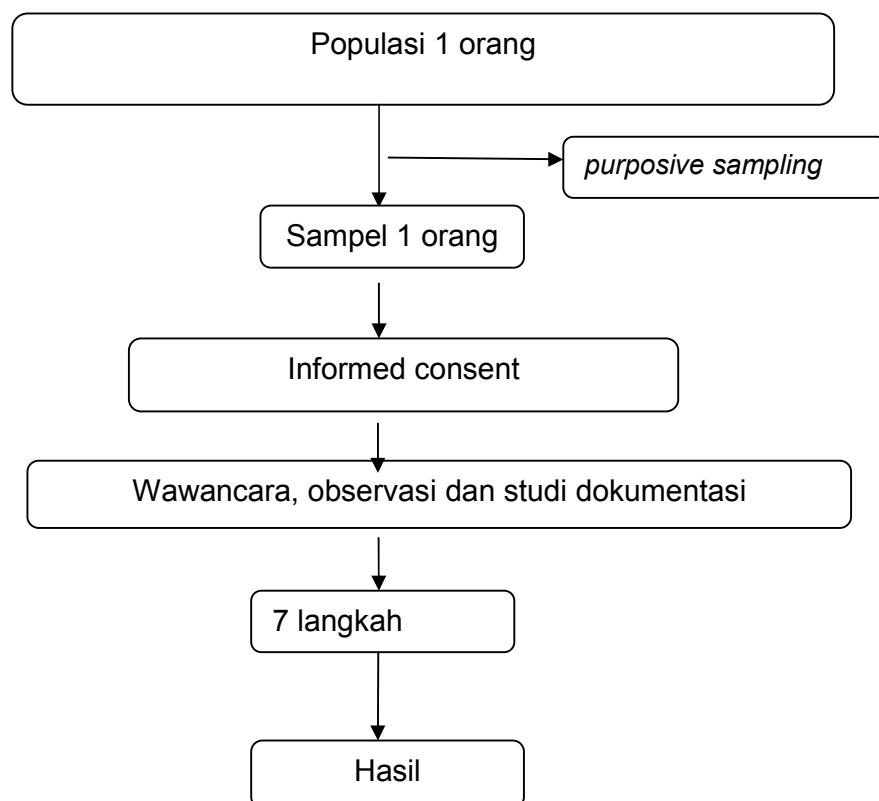
3.1.2 Rancangan Penelitian

Studi kasus adalah uraian dan penjelasan komprehensif mengenai berbagai aspek seorang individu, suatu kelompok, suatu organisasi (komunitas), suatu program atau suatu institusional. Pendekatan yang digunakan adalah bentuk tunggal (Afiyanti, 2014). Pada studi kasus peneliti ingin mengetahui bagaimana bentuk asuhan kebidanan pada ibu Primigravida dengan persalinan normal.

3.2 KERANGKA KERJA PENELITIAN

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur penelitian. Penulisan kerangka kerja disajikan dalam bentuk alur penelitian mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat, 2011).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1. Kerangka kerja penelitian asuhan kebidanan pada Ibu Primigravida dengan Persalinan Normal di Rawat Inap Puskesmas Sikumana.

3.3 Subyek Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010).

3.3.2 Sampel

Pada penelitian kualitatif, pengambilan sampel memiliki prinsip dasar ditujukan untuk memperoleh atau menentukan sampel kasus atau individu yang memiliki banyak informasi dan mendalam tentang informasi yang diteliti. Sampel pada penelitian kualitatif adalah unit sampel yang dapat berupa orang, suatu konsep atau program, atau suatu perilaku atau budaya, atau suatu kasus yang dibatasi waktu atau sistem (Afiyanti, 2014). Sampel pada penelitian ini adalah ibu Primigravida dengan persalinan normal.

3.3.3 Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2010). Teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan pendekatan *purposive sampling* yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada

pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011). Individu di seleksi atau dipilih secara sengaja karena memiliki pengalaman yang sesuai dengan fenomena yang diteliti. Menetapkan terlebih dahulu kriteria-kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya. Individu yang dipilih untuk berpartisipasi dalam riset adalah mereka yang memiliki berbagai pengalaman yang telah dipersyaratkan oleh riset yang sedang dilakukan. Kriteria pada penelitian ini adalah ibu Primigravida dengan persalinan normal yang bersedia dijadikan obyek penelitian.

3.4 Pengumpulan Data dan Analisa Data

3.4.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013). Pengumpulan data dilakukan dengan tiga cara yaitu : 1) Wawancara, 2) Observasi, 3) Studi dokumentasi.

3.4.2 Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat izin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan Ketua Prodi Kebidanan untuk studi kasus di lahan ditujukan kepada Kepala Puskesmas Sikumana dan tembusan kepada Kepala Ruang Bersalin Sikumana. Peneliti mengadakan

pendekatan dengan calon responden dengan memberikan informasi. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung, serta melihat register pasien. Setelah melakukan pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dan studi dokumen data yang telah didapat tersebut diolah dan dianalisa.

3.4.3 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian untuk wawancara, observasi secara langsung, dan melihat register ibu. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (Notoatmodjo, 2010). Pedoman wawancara adalah format pengkajian yang dikeluarkan STIKES CHMK. Observasi merupakan suatu metode untuk memperhatikan dengan saksama, termasuk mendengarkan, mencatat, dan mempertimbangkan hubungan antara aspek dan fenomena yang sedang diamati (Afiyanti, 2014). Pengumpulan data dengan metode studi dokumen karena dokumen dapat memberi informasi tentang situasi yang tidak dapat diperoleh

langsung melalui observasi langsung atau wawancara (Afiyanti, 2014).

a. Wawancara

Pedomannya asuhan kebidanan untuk mengetahui data subyektif.

b. Observasi

Pedomannya asuhan kebidanan untuk mengetahui data obyektif.

c. Studi Dokumen

Untuk mengetahui hasil yang tidak didapat dari wawancara dan observasi seperti, hasil laboratorium dan data dari rekam medik.

3.4.4 Tempat dan Waktu Pelaksanaan Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Rawat inap Puskesmas Sikumana. Waktu penelitian pada tanggal 30 juni sampai dengan 04 juli 2016.

3.5 ETIKA PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan setelah surat rekomendasi studi kasus dari kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada mandiri program studi Diploma III Kebidanan diterima oleh pihak Puskesmas Sikumana. Dalam melaksanakan penelitian khususnya jika yang menjadi subjek penelitian adalah manusia, maka peneliti harus memahami hak dasar manusia.

Masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Penekanan masalah etika penelitian yakni pada beberapa hal berikut ini:

a. Lembar persetujuan (*informed consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi (Hidayat, 2011).

b. Tanpa Nama (Anonim)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak

memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2011).

c. Kerahasiaan (confidentiality)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2011).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Sebuah puskesmas PONED harus memenuhi standar administrasi dan manajemen, fasilitas bangunan atau ruangan, peralatan dan obat-obatan, tenaga kesehatan dan fasilitas penunjang lain.

Rawat inap Puskesmas Sikumana adalah salah satu bagian dari pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal. Rawat inap Puskesmas Sikumana terdiri atas 16 ruangan yang terbagi atas 1 ruangan tindakan, 2 ruangan bersalin, 1 ruang obat, 1 ruang nifas, laboratorium 1 gedung, 1 ruangan pemulihan, 1 ruang ginekologi, ruang alat, 1 ruang isolasi, 1 ruang bidan dan 4 kamar mandi. Fasilitas 2 tempat tidur di ruang bersalin, ruang tindakan 2 tempat tidur, 4 tempat tidur di ruang nifas dan 2 tempat tidur di ruang pemulihan. Di klinik bersalin puskesmas Sikumana pelayanan yang diberikan dilaksanakan oleh 12 bidan dan 4 dokter. Sistem kerja puskesmas Sikumana menggunakan pembagian 3 shif yakni pagi (07-14.00 wita), siang (14.00-20.00 wita), malam (20.00-07.00 wita) pelayanan dilakukan 24 jam setiap hari.

Puskesmas Sikumana terletak dikelurahan Sikumana kecamatan Maulafa, Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Puskesmas Sikumana memiliki batasan wilayah kerja sebagai berikut:

- a. Sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Kupang Tengah
- b. Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Alak.
- c. Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Oebobo.
- d. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Kupang Barat.

4.1.2 Hasil Penelitian

1. Pengkajian Data Dasar

Pasien masuk Rawat Inap Puskesmas Sikumana hari Kamis, 30 Juni 2016, Pengkajian ini dilakukan pada hari Kamis, 30 Juni 2016 jam 04.00 wita di Rawat Inap puskesmas Sikumana. Hasil pengkajian data Subyektif : Ny. M.M.M berusia 28 tahun, agama Kristen Protestan, asal Timor, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan ibu Mahasiswa, Suami Tn. Y.O, berusia 29 tahun, agama Khatolik, asal flores, pendidikan S1, pekerjaan wiraswasta, alamat rumah di Fatukoa.

Ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, ibu mengeluh sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 03.00

wita dan keluar lendir darah dari jalan lahir sejak tanggal 29 juni 2016 pukul 18.00 wita, belum ada pengeluaran air ketuban, ibu menarche pada umur 14 tahun, siklus 30 hari, lamanya haid 3-5 hari, sifat darah encer, dan tidak ada nyeri haid, ibu mendapat haid terakhir sejak tanggal 12-09-2015. Selama kehamilan ibu selalu memeriksa di pustu Maulafa sebanyak 9 kali, merasakan pergerakan janinnya sejak usia kehamilan 4 bulan sampai sekarang, dan selama pemeriksaan mendapat suntikan imunisasi TT sebanyak 2 kali.

Pada riwayat kesehatan ibu mengatakan tidak pernah menderita jantung, hipertensi, hepatitis, sakit jiwa, alergi obat, campak, varisela, kecelakaan, malaria, belum pernah tranfusi darah, dalam keluarga suami maupun ibu tidak ada keturunan kembar.

Pola aktifitas sehari-hari ibu istirahat siang 2 jam pada pukul 12.00-14.00 wita dan istirahat malam 8 jam 21.00-06.00 wita. Ibu melakukan aktifitas rumah tangga seperti menyapu, mencuci piring, memasak nasi, tanpa dibantu oleh keluarga. Pola eliminasi BAK 3-5x/hari, warna kuning, bau khas urine, BAB 1-2x/hari warna kuning konsistensi lembek, bau khas feses. Pola makan dan minum 2x/hari dengan porsi di piring sedang yang didalam terdapat nasi, sayuran, lauk pauk dan air

putih sekitar 5 gelas/hari. Perawatan diri ibu mandi 2x/hari, sikat gigi dan keramas, serta merawat payudara sebelum mandi.

Hasil pengkajian data Objektif: Pemeriksaan umum didapatkan Keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, TD : 120/80 mmHg, Nadi 78x/menit, pernafasan :20x/menit, Suhu : 36,5°C.

Pemeriksaaan fisik wajah tidak pucat, tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum, Mata : kelopak mata : tidak ada oedema, penglihatan : normal, conjungtiva merah muda, sclera putih. Dada : bentuk simetris aerola mammae ada hiperpigmentasi, Putting susu : menonjol, colostrum ada, nyeri tekan : tidak ada, Massa/benjolan : tidak ada. Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, ada striae livide, Leopold I : TFU 3 jari bawah prosesus xiphoideus, teraba bulat, lunak dan tidak melenting, Leopold II : pada bagian kanan teraba keras, memanjang seperti papan, dan pada bagian kiri teraba bagian-bagian terkecil janin, Leopold III : kepala sudah masuk pintu atas panggul, Leopold IV : divergen, penurunan kepala 4/5, mc.Donald : 30 cm, TBBJ: 2.945 gram, jam 04.30 wita His : 1x/10 menit, lamanya 15-20 detik, jam 04.30 wita DJJ: frekuensi : 146x/menit, denyut jantung terdengar jelas, kuat, teratur, dengan punctum maksimum disebelah kiri bawah pusat. Inspeksi : tidak ada oedema dan varises, Pemeriksaan Dalam jam 04.30 wita (VT) : V/V tidak ada

kelainan, tidak ada oedema, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, presentase kepala, tidak ada molase, kepala turun hodge I-II.

II ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Dari hasil pengkajian data Subyektif dan Obyektif didapatkan diagnosa :GIP0A0AH0 UK: 37 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup, presentase kepala, intrauterine, keadaan umum ibu baik dan inpartu kala I fase laten. Diagnosa diatas di dukung oleh Data subyektif : ibu mengatakan hamil anak pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, haid terakhir tanggal 12-09-2015, pergerakan janin dirasakan dalam 24 jam terakhir dirasakan sering tapi tidak menimbulkan nyeri. Ibu mengatakan ingin melahirkan, sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah sejak pukul 03.00 wita, disertai pengeluaran lendir darah dari jalan lahir sejak tanggal 29-06-2016 pukul 18.00 wita tetapi belum ada pengeluaran air yang banyak.

Data objektif yang menunjang ialah TP: 19-06-2016, KU: baik, kesadaran: sadar penuh, TTV : TD:120/80mmHg, S: 36,5°C, RR:20x/mnt, N: 78x/mnt, BB:51 kg, TB : 157cm, Lila:25cm, wajah: tidak pucat, tidak ada oedema, Mata : kelopak mata : tidak ada oedema, penglihatan : normal, conjungtiva merah muda, sclera putih, Dada: bentuk simetris aerola mammae ada hiperpigmentasi, Putting susu : menonjol, colostrum ada,

nyeri tekan : tidak ada, Massa/benjolan : tidak ada, Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, ada striae livide : Leopold I : TFU 3 jari bawah prosesus xiphoideus, teraba, bulat, lunak dan tidak melenting, Leopold II : pada bagian kanan teraba keras, memanjang seperti papan, dan pada bagian kiri teraba bagian-bagian terkecil janin, Leopold III : kepala sudah masuk pintu atas panggul, Leopold IV: divergen, penurunan kepala 4/5, Mc.Donald : 30 cm, TBBJ : 2.945 gram, jam 04.30 wita His : 1x/menit, lamanya 15-20 detik, jam 04.30 wita. DJJ frekuensi : 146x/menit, terdengar kuat, teratur, dengan punctum maksimum disebelah kanan bawah pusat, pemeriksaan dalam jam 04.30 wita (VT) : V/V tidak ada kelainan, tidak ada oedema, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, tidak ada molase, kepala turun hodge I-II.

III ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV TINDAKAN SEGERA

Tidak ada.

V PERENCANAAN

Berikan dukungan dan pendekatan terapeutik, memberikan dukungan dan pendekatan yang baik akan terjalin kerja sama serta kepercayaan pasien terhadap petugas kesehatan, informasikan kepada ibu dan keluarga tentang hasil

pemeriksaan, informasi yang diberikan memberi gambaran pada ibu tentang kesehatan ibu dan janin sehingga ibu lebih kooperatif untuk asuhan selanjutnya, observasi TTV, DJJ dan his tiap 30 menit dan pembukaan serviks, penurunan kepala, tekanan darah tiap 4 jam dan suhu tiap 2 jam, sebagai indikator dalam menilai kemajuan persalinan dan keadaan patologis yang mungkin akan terjadi pada ibu dan janin.

Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, lingkungan yang aman dan nyaman menjaga privasi ibu termasuk asuhan sayang ibu, observasi persalinan melalui lembar observasi selama fase laten dan pada partograf jika sudah masuk fase aktif, lembar observasi dan partograf sebagai alat tindakan untuk menilai keadaan umum ibu dan janin, kemajuan persalinan dan keadaan patologi yang timbul pada ibu dan janin, anjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri, tidur miring mengurangi tekanan pada vena cava inferior, sehingga tidak mengganggu aliran darah dan sirkulasi O₂ dari ibu ke janin, anjurkan ibu untuk berkemih jika ada rasa ingin berkemih, kandung kemih yang penuh akan menghambat proses turunnya kepala janin.

Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi. Makan dan minum yang cukup selama persalinan, memberi energi dan mencegah dehidrasi yang memperlambat

kontraksi, Libatkan keluarga dalam proses persalinan, Agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendorong ibu, Siapkan alat dan bahan sesuai saff, Persiapan alat dan bahan yang lengkap memudahkan dalam proses persalinan

VI PELAKSANAAN

Memberikan dukungan emosional dan pendekatan terapeutik dengan cara menjelaskan mengenai kebiasaan pasien untuk tenang, berdoa serta memberikan dukungan bahwa dengan kondisi yang tenang akan mempermudah dan mempercepat proses persalinan, ibu menerima dan senang dengan dukungan yang diberikan.

Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan, Mengobservasi TTV,DJJ, dan His, TTV : TD : 120/80 mmHg, S : 36,5 °C, RR : 20x / menit, DJJ : (+) 146 kali/menit, His : 1 x dalam 10 menit frekuensinya 15-20 detik.

Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan cara menutup tirai, dan pintu, sampiran terpasang dan pintu tertutup, Mengobservasi persalinan melalui lembar observasi pada saat fase laten dan partograf saat memasuki fase aktif, hasil observasi telah diisi menggunakan lembar observasi dan partograf.

Menganjurkan ibu tidur dalam posisi miring ke kiri yang benar yaitu kaki kiri diluruskan dan kaki kanan ditekuk, Ibu mengerti dan bersedia mau mengikuti anjuran yang diberikan, Menganjurkan ibu untuk berkemih jika ada rasa ingin berkemih, ibu menerima anjuran yang diberikan, Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi yaitu agar ibu tidak kekurangan tenaga dan cairan saat proses persalinan, Ibu bersedia mengerti dan mau mengikuti anjuran yang diberikan, Melibatkan keluarga dalam proses persalinan, Agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendampingi ibu.

Siapkan alat dan bahan sesuai saff, saff 1: Partus set berisi : sarung tangan steril (2), gunting episiotomi (1), gunting tali pusat (1), $\frac{1}{2}$ Koher (1), klem (2), pengikat tali pusat (1), dan kasa. Hecting set berisi : sarung tangan steril (1), gunting benang (1), Pemegang jarum (1), Jarum otot dan kulit, pinset anatomis (1), pinset cirugis (1), kasa, kapas suplimat pada tempatnya, air DTT, handzanitizer, clorin spray, spuit 3 cc dan 5cc, axytosin 1 ampul, aquades, dan korentang. Saff II : Tempat plasenta, tensi meter, stethoscope, wadah berisi larutan clorin 0,5 %, sarung tangan steril dan kateter steril, thermometer, Saff III: infuse set, Perlengkapan ibu, perlengkapan bayi, plastic pakaian kotor, peralatan APD, mengatur posisi pasien pada saat pembukaan lengkap dan

persiapan meneran saat ada his, menolong persalinan dengan 58 langkah APN, merawat ibu dan bayi 2 jam post partum.

VII EVALUASI

Evaluasi tindakan yang dilakukan adalah pasien masuk ruang bersalin Puskesmas Sikumana pada hari Kamis, 30 Juni 2016, jam 04.00 wita, setelah pengkajian data maka lakukan pemeriksaan pada pasien jam 04.17 wita, dengan hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik, kesadaran : sadar penuh, TTV : TD : 120/80 mmHg, S : 36,5 °C, RR : 20x / menit, nadi 78x/ menit, DJJ jam 18.30 wita : (+) 146 kali/menit, His jam 04.30 : 1 x dalam 10 menit frekuensinya 15-20 detik, pemeriksaan dalam jam 04.30 wita (VT) : hasilnya V/V tidak ada kelainan, tidak ada oedema, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kiri depan, molase tidak ada, turun hodge I-II, selanjutnya lakukan observasi pasien melalui lembar observasi, setelah 4 jam observasi ada kemajuan pembukaan serviks dari fase laten ke fase aktif yaitu;

Pada jam 08. 30 wita lakukan pemeriksaan pada pasien hasilnya keadaan umum ibu baik, kesadaran : sadar penuh, TTV : TD : 110/80 mmHg, N : 78x/menit, RR : 21x/menit, S : 37,2°C, DJJ 145x/menit, His 4x dalam 10 menit durasi 35-40 detik, pemeriksaan dalam (VT) : hasilnya V/V tidak ada kelainan, tidak ada oedema, portio tipis, pembukaan 4 cm, kantong ketuban utuh, bagian

terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kiri depan, molase tidak ada, turun hodge II-III. Setelah 2 jam 20 menit yaitu pada pukul 10.50 wita kantong ketuban pecah spontan warna jernih, maka lakukan pemeriksaan dalam hasilnya pembukaan serviks maju yaitu 10 cm, turun Hodge III-IV air ketuban tidak ada, lanjutkan observasi dan catat di patograf. Pada pukul 12.00 wita ibu mengeluh ada dorongan meneran, dan tekanan pada anus, segera lakukan pemeriksaan vulva dan anus membuka, kepala sudah terlihat di vulva maka lakukan pertolongan persalinan kala II dengan 58 langkah asuhan persalinan normal, sehingga kala I ibu berlangsung selama 9 jam, kala II persalinan berlangsung selama 57 menit, kala III 5 menit, dan kala IV 2 jam post partum. Pasien dirawat 2x 24 jam di Puskesmas Sikumana, setelah menjalani perawatan keadaan ibu dan bayi baik maka atas instruksi dokter pasien boleh dipulangkan pada tanggal 01 juli 2016, selanjutnya observasi pasien dilakukan di rumah pasien tiap pagi dan sore, pasien melakukan kunjungan ulang nifas di puskesmas sikumana pada tanggal 04 Juli 2016, dengan hasil pemeriksaan ibu dan bayi dalam keadaan baik.

4.2 PEMBAHASAN

Pada BAB ini Penulis membahas mengenai hubungan antara tinjauan teori dengan persalinan normal, menggunakan pendekatan manajemen kebidanan menurut 7 langkah Varney.

4.2.1 Pengkajian

Sesuai dengan teori varney, pengkajian adalah pengumpulan data yang berhubungan dengan pasien, langkah pertama yang dilakukan yaitu pengumpulan data yang meliputi data subjektif dan data objektif. Data Subyektif adalah data yang diperoleh dengan cara anamnesa/wawancara yang dilakukan langsung pada pasien atau keluarga seperti biodata pasien, keluhan pasien dan riwayat obstetri. Data subyektif tanda-tanda inpartu adalah data yang dikaji berdasarkan keluhan yang dirasakan oleh pasien menjelang persalinan, keluhan yang dirasakan seperti adanya kontraksi uterus yang menyebabkan nyeri, dan juga ada pengeluaran lendir dan darah dari jalan lahir.

Pada kasus data subyektif didapatkan Ny. M. M. M diketahui umur 28 tahun, menurut (Karkata, 2006) Primigravida dengan usia dibawah 20 tahun dan ibu dengan usia diatas 35 tahun di kategorikan sebagai ibu hamil dan bersalin dengan resiko tinggi. Kehamilan dan persalinan di usia muda dihubungkan belum sempurnanya organ-organ yang ada ditubuh wanita untuk bereproduksi, selain itu faktor psikologis yang cenderung kurang stabil juga meningkatkan kejadian trauma di usia muda, Bertambahnya umur wanita berkaitan dengan perubahan pada alat reproduksi. Sehingga yang terjadi pada kasus ini sama dengan teori. Ibu mengatakan hamil anak pertama, tidak pernah

keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, ibu mengeluh sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah sejak jam 03.00 wita dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 18.00 wita. Dengan demikian apa yang dijelaskan pada teori data subyektif sama dengan data subyektif yang terjadi pada kasus yang didapatkan.

Data Obyektif adalah data yang diperoleh dari hasil pengamatan dan hasil pemeriksaan terhadap pasien seperti pengamatan keadaan umum pasien, pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan dalam (Sudarti, 2010). Data obyektif tanda-tanda inpartu adalah data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan terhadap pasien yang mendukung diagnosa inpartu, tanda-tanda inpartu berdasarkan pemeriksaan dalam biasanya servik mendatar dan pembukaan serviks telah ada (Rohani dkk, 2011).

Pada kasus data obyektif yang di peroleh adalah: keadaan ibu baik, kesadaran :composmentis, TD: 120/80 mmHg, Nadi: 78 X/mnt, Pernafasan: 20x /mnt, Suhu: 36,5⁰C, pemeriksaan fisik wajah : tidak pucat, tidak ada oedema, tidak ada cloasma gravidarum, Mata : Kelopak mata: tidak oedema, penglihatan: normal, konjungtiva : merah muda, sclera putih,Dada: Bentuk simetris, Areola mammaeadahiperpigmentasi, Puting susu: menonjol, Colostrumada, Nyeri tekan: tidak ada, Massa/benjolan :

tidak ada, Abdomen: tidak ada luka bekas operasi, ada striae livide, Leopold I: TFU 3 jari dibawah prosesus xypoides, teraba, bulat, lunak dan tidak melenting, Leopold II: pada bagian kanan teraba keras, memanjang seperti papan, dan pada bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin, Leopold III : kepala sudah masuk PAP, Leopold IV: divergen, penurunan kepala 4/5, Mc.Donald: 31 cm, TBBJ: 3.100 gram, His: 1x/10 menit, lamanya 15-20 detik, Auskultasi, Frekuensi : 146 x/menit, Denyut jantung terdengar jelas, kuat, teratur, dengan puntum maksimum disebelah kiri bawah pusat

Pemeriksaan dalam (VT) : V/V tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, tidak ada molase, kepala turun hodge I-II. Dengan demikian apa yang di jelaskan pada teori langkah pengkajian data obyektif tidak ada kesenjangan dengan kasus yang didapatkan.

4.1.1 Interpretasi data dasar dan Diagnosa.

Interpretasi data dasar merupakan rangkaian yang menghubungkan data yang diperoleh dengan konsep teori, prinsip relevan untuk mengetahui kesehatan pasien. Pada langkah ini data diinterpretasikan menjadi diagnosa, masalah dan kebutuhan. Diagnosa kebidanan: adalah diagnosa yang ditegakkan dalam lingkup praktek kebidanan yang memuat : Hamil atau tidak, primi atau multi, usia kehamilan, hidup atau meninggal, tunggal

atau kembar, letak anak intrauterin atau ekstrauterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum ibu.

Pada kasus Ny. M. M. M diagnosa yang ditegakan berdasarkan teori adalah ibu hamil anak ke pertama, belum pernah melahirkan, tidak pernah keguguran, usia kehamilan 37 minggu 2 hari, janin hidup, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan umum ibu baik, dan diagnosa yang didapatkan bagi Ny. M. M. M adalah G1P0A0A0 UK 37 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup, letak intrauterine, keadaan umum ibu baik inpartu kala I fase laten. Dengan demikian maka penegakan diagnosa berdasarkan teori dan kasus yang didapatkan.

4.1.2 Analisa Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah dan diagnosa potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa potensial yang ada masalah dan diagnosa tersebut hanya merupakan antisipasi pencegahan bila mungkin nanti sambil waspada dan siap-siap bila benar terjadi. Masalah potensial adalah masalah yang mungkin terjadi dan bila tidak segera diatasi klien mengganggu keselamatan hidup klien. Masalah potensial yang perlu diantisipasi adalah : dalam kala I-II yaitu persalinan lama, partus presipitatus, kala III-IV yaitu pendarahan, atonia uteri, retensio plasenta, inversion plasenta, emboli air ketuban. Pada kasus Ny. M. M. M tidak ditemukan

masalah potensial yang harus diantisipasi dengan demikian tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus.

4.1.3 Tindakan Segera.

Menurut teori tindakan segera merupakan tindakan yang dilakukan agar masalah tidak menjadi diagnose masalah potensial. (Wildan, 2008).

Pada langkah tindakan segera, menggambarkan sifat berkelanjutan dari manajemen proses tidak hanya selama perawatan primer atau kunjungan perinatal periode tetapi selama bidan tersebut terus – menerus bersama ibu. Data yang mengindikasikan situasi darurat dimana bidan harus bertindak cepat untuk keselamatan ibu dan bayi (varney, 2004). Pada kasus Ny. M. M. M tidak ada masalah potensial yang terjadi sehingga tidak ada tindakan segera yang dilakukan dan apa yang terjadi pada kasus ini sama dengan teori.

4.1.4 Perencanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan lanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya apa yang sudah diidentifikasi dari kondisi klien atau dari siapa masalah yang

berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial, ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Menurut (Rohani dkk, 2011), sesuai dengan tinjauan teoritis bahwa penanganan persalinan normal adalah memberitahukan ibu mengenai hasil pemeriksaan, memantau terus menerus kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf, memantau terus-menerus tanda vital ibu, memeriksa perasaan ibu dan respon fisik terhadap persalinan, membimbing ibu untuk rileks sewaktu his, penjelasan tentang kemajuan persalinan, persiapan persalinan normal.

Asuhan kebidanan yang diberikan pada pasien intrapartal normal yaitu: informasikan kepada ibu tentang KU ibu dan janin serta kemajuan persalinan, observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, posisi meneran yang tepat dan melakukan pertolongan persalinan dengan 58 langkah APN.

Rencana tindakan pada kasus Ny. M. M. M mengacu pada kebutuhan pasien informasikan kepada ibu tentang KU ibu dan janin serta kemajuan persalinan, observasi tanda-tanda vital,

kontraksi uterus, DJJ dan PPV, pembukaan serviks, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, dan sesuai dengan 58 langkah APN. Jadi dalam perencanaan tindakan ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus.

4.1.5 Pelaksanaan.

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan sepenuhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau tim kesehatan lainnya, menurut (Rohani dkk, 2011), Selanjutnya, rencana asuhan secara menyeluruh yang tidak diuraikan, dilaksanakan secara efisien dan aman.

Di dalam praktek lapangan melaksanakan asuhan kebidanan sesuai apa yang sudah direncanakan kepada klien. Pada kasus Ny. M. M. M pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan dan dalam hal ini pelaksanaan yang dilakukan seperti observasi TTV ibu, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, dan melakukan pertolongan persalinan menggunakan 58 langkah APN. Sehingga dapat di simpulkan bahwa yang terjadi pada kasus ini sama dengan teori.

4.1.6 Evaluasi

Pada langkah terakhir melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan apakah sudah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sesuai dengan yang telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Persalinan berlangsung, penyusun mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya. Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. M. M. M dengan persalinan normal. Penyusun mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya.

Pada kasus Ny. M. M. M ibu datang dengan inpartu kala 1 fase laten, setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas satu hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama tiga hari. Hasil yang di peroleh adalah ibu dan bayi selamat, dan tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

Dari hasil pengkajian baik dari data subyektif yaitu mulai dari biodata, keluhan yang dirasakan, riwayat obstetri dan ginekologi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kesehatan, riwayat KB, keadaan kehamilan sekarang, data biologis, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, dan data psikologi, maupun data obyektif yang terdiri dari pemeriksaan umum, dan pemeriksaan khusus secara inspeksi, palpasi, asukultasi dan perkusi pada pemeriksaan haed to toe, yang di dapatkan pada Ny.M.M.M G1P0A0AH0 , UK 37 minggu 2 hari, letak kepala, janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala I fase laten, keadaan umum ibu dan janin baik.

Setelah dilakukan pemeriksaan secara menyeluruh pada kasus Ny.M,M,M maka ditegakkan diagnosa atau masalah yaitu G1P0A0AH0 37 minggu 2 hari, letak kepala, janin tunggal hidup, intrauterine, inpartu kala satu fase laten. Gejala dan tanda yang terdapat pada landasan teori tidak semua di temukan pada kasus Ny.M.M.M namun, hal tersebut dapat di tafsirkan karena tanda dan gejala pada persalinan normal adalah keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, adanya pembukaan serviks.

Pada langkah antisipasi masalah potensial pada kasus Ny. M,M,M G1P0A0AH0 UK 37 minggu 2 hari, letak kepala, janin tunggal hidup, intrauterin inpartu kala satu fase laten, tidak terdapat masalah yang berhubungan dengan kasus ini.

Pada kasus Ny. M,M,M G1P0A0AH0 UK 37 minggu 2 hari, letak kepala, janin tunggal hidup, intrauterin inpartu kala satu fase laten keadaan umum ibu dan janin baik, pada kasus ini tidak ada Tindakan segera yang dilakukan karena tidak terdapat masalah potensial.

Perencanaan yang dilakukan pada Ny. M,M,M G1P0A0AH0 UK 37 minggu 2 hari, letak kepala, janin tunggal hidup, intrauterin inpartu kala satu fase laten keadaan umum ibu dan janin baik telah di rencanakan berdasarkan diagnosa yang di tegakkan dan sesuai dengan kebutuhan klien dan melibatkan keluarga, jadi dalam perencanaan tindakan yang akan dilakuka pada kasus Ny. M.M.M tidak ada hambatan.

Pada tahap pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan pada G1P0A0AH0 UK 37 minggu 2 hari, letak kepala, janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala satu fase laten keadaan umum ibu dan janin baik .Di buat berdasarkan rencana yang telah di buat dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong persalinan, selama persalinan tidak terdapat hambatan dan tidak di temukannya tanda-

tanda komplikasi, sehingga dalam pelaksanaannya perawatan pasien dapat berjalan dengan lancar.

Tindakan yang telah di rencanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana, semua tindakan yang dilakukan pada kasus Ny. M.M.M di buat berdasarkan diagnosa yang di tegakkan dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong tidak menemukan hambatan karena adanya kerjasama antara penolong dan pasien dan keluarga yang kooperatif dan adanya sarana dan prasarana yang mendukung dalam pelaksanaan tindakan.

Dari semua tindakan yang dilakukan pada kasus Ny.M,M,M G1P0A0 UK 37 minggu 2 hari, letak kepala, janin tunggal hidup, intrauterin inpartu kala satu fase laten keadaan umum ibu dan janin baik dan ini telah di dokumentasikan semuanya pada buku register dan status pasien secara menyeluruh. Pada kasus Ny. M,M,M ibu datang dengan inpartu kala 1 fase laten, setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas satu hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama lima hari, Hasil yang di peroleh adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi pasien

Menyarankan kepada pasien bahwa ibu hamil harus memperhatikan kehamilannya sehingga tidak mengalami komplikasi pada saat persalinan.

5.2.2 Bagi Mahasiswa

Diharapkan mampu menerapkan asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal di lahan praktek sesuai dengan asuhan persalinan yang selaras dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

5.2.3 Institusi pendidikan

Mengupayakan peningkatan fasilitas terutama dalam hal penyediaan buku-buku sumber terbaru agar mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan.

5.2.4 Lahan praktek

Diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan system pelayanan sesuai dengan protab yang ada, sehingga dapat memberikan kepuasan kepada masyarakat umum.

DAFTAR PUSTAKA

- Asrinah, Dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Dewi, Asri H, Dkk. 2012. *Asuhan Persalinan Normal*. Nuha Medika: Jakarta.
- Fraser, dkk. 2012. *Buku Saku Praktik Klinik Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Hidayat A, Sujatini. 2010. *Asuhan Kebidanan Persalinan*. Nuha Medika: Yogyakarta.
- JNPK. 2008. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Jaringan nasional pelatihan klinik-kesehatan reproduksi.
- Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDA*. Jakarta: BalitBang Kemenkes RI
- Kementrian kesehatan Republik Indonesia. (2013a). Profil kesehatan Indonesia tahun 2013 [Indonesia health profil in 2013]. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>**
- Marmi. 2012. *Intranatal Care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Yogyakarta : PustakaPelajar.
- Mochtar. 1983. *Synopsis Obstetri. Jilid 1, Edisi Kedua*. Jakarta : EGC
- Notoadmojo Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rintka.
- Nursalam. 2011. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Prasetiawati, Eka. 2012. *Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prawirihardjo, Sarwono. 2009. *Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka.

- Riyanto agus. 2011. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rohani, dkk. 2011. *Asuhan Kebidanan pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Saminem. 2006. *Kehamilan Normal*. Jakarta: EGC
- Sastrawinata. 1983. *Obstetri Fisiologi*. Bandung: Eleman.
- Sastroasmoro, Sudigo. 2011. *Dasar-Dasar Metode Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Setiadi. 2007. *Konsep Dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Trismawati. 2016. *Pengantar Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Varney. 2008. *Buku Ajar Kebidanan Edisi I*. Jakarta : EGC

LAMPIRAN

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswi kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang Jalur Umum Angkatan VI mengadakan Study Kasus pada Ny. M.M.M, umur 28 tahun, GI P0 A0, Uk 37 minggu 2 hari di Rawat Inap Puskesmas Sikumana.

Untuk maksud tersebut saya memohon kesediaan Ibu bersama keluarga untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas Ibu. Partisipasi Ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasi dan kerja samanya saya ucapkan terima kasih

Hormat Saya

PUTRI ASSMY DJAMI

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Primigravida dengan Persalinan Normal di Rawat Inap Puskesmas Sikumana Tanggal 30 Juni-04 Juli 2016

Peneliti : Putri Assmy Djami

Bahwa saya diminta berperan serta dalam Studi Kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberi penjelasan mengenai maksud Studi Kasus ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk peran serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan.

Kupang, 30 Juni 2016

Responden

(Ny. M. M. M)

Lampiran

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU INTRAPARTAL PRIMIGRAVIDA DI RUANGAN BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA TANGGAL 30 JUNI s/d 04 JULI 2016

I. PENGKAJIAN

Tgl pengkajian : 30 Juni 2016 Tgl MRS : 30 Juni 2016
Oleh mahasiswa : Putri Assmy Djami Jam : 04.00 wita

A. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

Nama istri	: Ny. M. M. M	Nama Suami	: Tn. Y. R
Umur	: 28 tahun	Umur	: 29 tahun
Agama	: Khatolik	Agama	:
	Khatolik		
Suku/bangsa	: Timor/Indonesia	Suku/bangsa	:
	Timor/Indonesia		
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Penghasilan	: -	Penghasilan	: -
Alamat Rumah	: Fatukoa	Alamat Rumah	: Fatukoa

2. Keluhan Utama : ibu mengatakan hamil anak pertama, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, ibu mengeluh sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah sejak jam

03.00 wita dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 18.00 wita.

3. Riwayat Menarche

Ibu menarche pada umur 13 tahun, siklus 30 hari, lamanya haid 5-6 hari, sifat darah encer dan tidak ada nyeri haid. Ibu mengalami hari pertama haid terakhir sejak tanggal 12-09-2015.

HPHT : 12-09-2015, TP: 19-06-2016

4. Riwayat Menikah

Umur saat menikah 26 tahun, status pernikahan syah, lamanya menikah 2 tahun, dan 1 kali menikah.

5. Riwayat Kehamilan Yang Lalu

Pergerakan anak dirasakan pada : umur kehamilan 4 bulan, ANC 9 kali di puskesmas Maulafa, pergerakan janin dalam 24 jam terakhir sering, imunisasi TT1 : 08-01-2016 pada UK 18 minggu, imunisasi TT2 : 10-02-2016 pada UK 22 minggu.

6. Riwayat Persalinan Yang Lalu

No	Tgl/bln /thn	Uk	Penolong	Tempa t	Keadaa n Bayi	JK	BB/PB	Ket
1	Ini	G1	P0	A0				

7. Riwayat KB

Ibu belum ber-KB karena baru hamil anak pertama.

8. Riwayat Kesehatan

Riwayat Penyakit yang pernah diderita oleh ibu : ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, jiwa, campak, varicela, dan malaria. Ibu juga tidak pernah operasi, tidak pernah masuk rumah sakit, tidak pernah alergi obat, tidak pernah kecelakaan.

9. Riwayat Kesehatan Keluarga Dan Penyakit Keturunan

Keluarga tidak ada yang menderita penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, jiwa, campak, varicela, dan malaria dan HIV/AIDS. Keluarga juga tidak pernah dioperasi, tidak pernah masuk rumah sakit, tidak pernah alergi obat, tidak pernah kecelakaan, baik dari pihak ibu maupun suami tidak ada keturunan kembar.

10. Keadaan Psikososial

Keluarga merasa senang dengan kehamilan ini ditandai dengan keluarga mengantar ibu ke puskesmas untuk melahirkan. Jenis persalinan yang diharapkan adalah persalinan normal dengan jenis kelamin yang diharapkan adalah perempuan. Beban kerja sehari hari adalah memasak, menyapu, mencuci. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami.

11. Perilaku Kesehatan

Ibu tidak merokok, tidak miras, tidak menggunakan obat-obatan terlarang, dan tidak minum kopi.

12. Riwayat Latar Belakang Budaya

Ibu tidak ada makanan pantangan, dan tidak ada pantangan yang berhubungan dengan persalinan dan nifas.

13. Riwayat Seksual

Tidak ditanyakan

14. Riwayat Diet atau Makanan

- a) Jenis makanan pokok : Nasi
- b) Porsinya : 1 piring penuh.
- c) Lauk pauk : Sayur, Ikan, Tempe, Tahu.
- d) Minum Air dan Susu : air putih 6-7 gelas/hari dan minum susu 1 gelas/hari.
- e) Keluhan : Tidak Ada

15. Riwayat Pola Eliminasi

- a. BAK
 - Frekuensi : 4-5 x/hari
 - Bau : khas urine
- b. BAB
 - Frekuensi : 2-3x/hari
 - Bau : khas feces
 - Konsistensi : lunak

16. Riwayat Pola Istirahat

- Tidur Siang : 1-2 Jam, pukul 13.00-14.00 wita
- Tidur Malam : 6-8 Jam, pukul 20.00-05.00 wita

17. Riwayat Kebersihan Diri

Ibu biasa mandi 2 x sehari, sikat gigi 2x sehari, keramas 2x seminggu, ganti pakaian dalam setiap kali basah, ganti pakaian luar 2x sehari. Ibu sudah melakukan perawatan payudara.

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Bentuk Tubuh : Lordosis
- d. Ekspresi Wajah : Meringis Kesakitan
- e. Tanda-tanda vital
 - Suhu : 36,5 °C, TD : 120/80 mmHg
 - Nadi : 78 x/menit RR : 20 x/menit
- f. TB : 159 cm
- g. Berat badan : 57 kg
- h. LILA : 25 cm

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Inspeksi, Palpasi, dan Auskultasi
 - Kepala : Tidak ada benjolan
 - Wajah : Bentuk oval, tidak pucat dan tidak ada cloasma gravidarum
 - Mata : Konjungtiva merah muda, Sklera putih, pada kelopak mata tidak ada oedema

Mulut : Mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis
 Gigi : Karies gigi tidak ada
 Leher : Tidak ada Pembesaran kelenjar lymfe, tidak ada
 Pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada Bendungan vena
 jugularis

Dada : Simetris, pada areola mammae kiri dan kanan ada
 hiperpigmentasi, puting susu menonjol, tidak ada
 benjolan dan colostrum : ada tetapi masih sedikit

Perut : Membesar, ada linea nigra, tidak ada striae
 albicans, tidak ada bekas luka operasi

Leopold I : TFU 3 jari bawah prosesus xypodeus,
 pada fundus teraba bulat, lunak, kurang melenting
 (bokong)

Leopold II : Pada perut sebelah kanan teraba
 bagian keras memanjang seperti papan
 (punggung), pada perut sebelah kiri teraba bagian-
 bagian kecil janin (ekstremitas).

Leopold III : Kepala sudah masuk pintu atas
 panggul

Leopold IV : Divergen, penurunan kepala 4/5

Mc donald : TFU : 31 cm, TBBJ : 3.100
 gram

Auskultasi : Jam 04.30 wita

Denyut jantung janin terdengar jelas, keras dan teratur dengan puntum maksimum di sebelah kiri bawah pusat dengan frekuensi 146 x/menit

HIS : Jam 04.30 wita

Frekuensi 1x dalam 10 menit durasi 15-20 detik

Ekstremitas : Tidak ada varises dan tidak ada oedema

Genetalia : Vulva vagina tidak ada kelainan, pengeluaran pervaginam berupa lendir dan darah.

3. Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 30, Juni 2016 jam : 04.30 wita

Oleh : Bidan

- a. Vulva : tidak ada oedema
- b. Vagina : Tidak ada kelainan
- c. Portio : Tebal lunak
- d. Pembukaan : 2 cm
- e. Kantong ketuban : + utuh
- f. Bagian terendah : Kepala.
- g. Posisi : UUK kiri depan.
- h. Molase : Tidak Ada.
- i. Turun Hodge : I-II

4. Pemeriksaan Laboratorium.**a. Urine**

i) Reduksi : Tidak dilakukan

ii) Albumin : Tidak dilakukan

b. Darah

i) HB : Tidak dilakukan

ii) Gol Darah : Tidak dilakukan

5. Pemeriksaan Khusus.

i) USG : Tidak dilakukan.

ii) Rontgen : Tidak dilakukan.

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Diagnosa/masalah	Data dasar
G1 P0 A0 AH0,UK 37 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan umum ibu baik inpartu kala I fase laten.	<p>Data subyektif:</p> <p>ibu mengatakan hamil anak pertama, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, ibu mengeluh sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah sejak jam 03.00 wita dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 18.00 wita, dan belum ada keluar air-air yang banyak.</p> <p>HPHT : 12-09-2015</p> <p>Data obyektif:</p> <p>TP : 19-06-2016</p> <p>Keadaan umum: baik, kesadaran: sadar penuh dan respon terhadap rangsangan.</p> <p>TTV: Suhu : 36,5°C TD: 120/80 mmHg</p> <p>Nadi : 80 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>a. Wajah :</p> <p>Tidak pucat, tidak ada oedema</p> <p>b. Mata</p> <p>Inspeksi : Kelopak mata : tidak oedema, penglihatan : normal, konjungtiva merah muda, sclera putih</p> <p>c. Dada</p> <p>Inspeksi: bentuk simetris, areola ada hiperpigmentasi, puting susu menonjol, colostrum ada.</p> <p>d. Abdomen</p> <p>i) Inspeksi : tidak ada luka bekas operasi, ada</p>

	<p>linea nigra.</p> <p>ii) Palpasi</p> <p>Leopold I :TFU 3 jari dibawah Prosesus xypoideus, pada fundus teraba lunak, bundar dan tidak melenting (bokong).</p> <p>Leopol II :Pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian-bagian terkecil janin</p> <p>Leopol III : Kepala sudah masuk PAP</p> <p>Leopol IV : Divergen, penurunan kepala 4/5</p> <p>Mc.Donald : 31 cm TBBJ : 3.100 gram</p> <p>iii) His</p> <p>Jam : 04.30 wita.</p> <p>Frekuensi: 1x dalam 10 menit lamanya 15-20 detik</p> <p>Intensitas: sedang</p> <p>iv)Auskultasi</p> <p>Denyut jantung janin terdengar jelas, kuat dan teratur dengan punctum maksimum di sebelah kanan bawah pusat dengan ftekuensi 146 x/menit</p> <p>Pemeriksaan dalam : Tanggal : 30 juni 2016, Jam : 04.30 wita</p> <p>VT : V/V tidak ada kelainan, tidak ada oedema, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, kantong ketuban utuh, bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kiri depan, molase tidak ada, turun hodge I-II.</p>
--	--

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak Ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak Ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 30 Juni 2016

Jam : 04.30 Wita

Diagnosa : G1 P0 A0 AH0, UK 37 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan umum ibu baik, inpartu kala I fase laten.

1. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.

R/ Informasi yang jelas merupakan hak ibu, agar ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan

2. Ciptakan lingkungan aman dan nyaman.

R/ Lingkungan aman dan nyaman merupakan tindakan pencegahan infeksi.

3. Observasi TTV, DJJ, Dan His.

R/ sebagai indikator untuk dapat mengindikasikan tanda-tanda patologi yang mungkin terjadi.

4. Anjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri.

R/ Tidur miring mengurangi tekanan pada vena cava inferior, sehingga tidak mengganggu aliran darah dan sirkulasi O₂ dari ibu ke janin

5. Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi

R/ Makan dan minum yang cukup selama persalinan memberi energi dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi.

6. Libatkan keluarga dalam proses persalinan.

R/ agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendampingi ibu.

7. Siapkan alat dan bahan sesuai saff



R/ Persiapan alat dan bahan yang lengkap memudahkan dalam proses persalinan

VI. PELAKSANAAN.

Tanggal : 30 Juni 2016

Jam : 04.30 Wita

Diagnosa : G1 P0 A0 AH0, UK 37 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan jalan lahir baik, keadaan umum ibu baik, inpartu kala I fase laten.

NO	PELAKSANAAN	Paraf
1.	Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, keadaan umum ibu baik, TTV dalam batas normal. M/ Ibu mengerti dengan hasil pemeriksaan	
2.	Mengobservasi TTV, DJJ, dan His. M/-TTV : s: 36,5°C, N: 78x/mnt, RR: 20x/mnt, TD: 120/80	

	<p>mmHg.</p> <p>-HIS : 1 x dalam 10 menit, frekuensi 15-20 detik.</p> <p>- DJJ : 146 X/mnt</p>	
3.	<p>Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman.</p> <p>M/ sampiran terpasang, pintu tertutup</p>	8
4.	<p>Menganjurkan ibu untuk tidur dalam posisi miring kiri, dan kaki kanan di tekuk</p> <p>M/ ibu mengerti dan melakukan anjuran yang di berikan.</p>	8
5.	<p>Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada his.</p> <p>M/ ibu sudah makan dan minum.</p>	8
6.	<p>Melibatkan keluarga dalam proses persalinan, dengan cara suami atau keluarga berada disamping ibu.</p> <p>M/ agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendampingi ibu.</p>	8

7. Menyiapkan alat dan bahan sesuai saff

SAFF I	SAFF II	SAFF III
<p>Partus set berisi : klem steril 1 pasang, gunting tali pusat 1 buah, kasa secukupnya, pengikat tali pusat, handscoen 2 pasang, ½ koher 1 buah.</p> <p>Hecting set berisi : pingset 2 pasang, nalfuder 1 buah, kasa 6 buah, handscoen 1 pasang, jarum hecting 1 buah, benang catgut chromic , gunting benang 1 buah.</p> <p>Kapas sublimat, air DTT, handzanitizer,</p> <p>obat-obatan: oxytosin 1 ampul, aquades steril, spuit 3 cc, 5 cc, 10 cc, clorin spray, korentang.</p>	<p>Tempat plasenta,</p> <p>Tensi meter,</p> <p>Stethoscope,</p> <p>Wadah berisi larutan clorin 0,5 %, Sarung tangan steril dan keteter steril,</p> <p>Thermometer.</p>	<p>Perlengkapan ibu, perlengkapan bayi, infuse set, plastik pakian kotor, peralatan APD.</p>

VII. EVALUASI

Setelah 4 jam melakukan observasi, pada pukul 08.30 wita lakukan pemeriksaan pada pasien dengan hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik, kesadaran : sadar penuh, TTV : TD : 110/70 mmHg, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, S : 37,2°C, DJJ 145x/menit, His 4x dalam 10 menit durasi 35-40 detik, pemeriksaan dalam hasilnya: V/V tidak ada oedema, tidak ada kelainan, portio tipis, pembukaan 4 cm, kantong ketuban utuh, bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kiri depan, molase tidak ada, turun hodge II-III.

Diagnosa : G1 P0 A0 AH0, UK 37 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan jalan lahir baik, keadaan umum ibu baik, inpartu kala I fase aktif.

Tanggal : 30 Juni 2016 Jam : 11.00 Wita

S : Ibu mengatakan his semakin sering

O : Lakukan pemeriksaan dalam

Indikasi : Ketuban pecah spontan jam 10.50 wita, ketuban jernih.

Tujuan : Untuk menilai kemajuan persalinan atau memastikan pembukaan.

VT : tidak ada kelainan, tidak ada oedema, portio tipis, pembukaan 10 cm, ketuban tidak ada, bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kiri depan, molase tidak ada, turun hodge III-IV

A : kala II

P :

Jam

Penatalaksanaan

Paraf

1. Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa kantong ketuban telah pecah dan pembukaan saat ini 10 cm, ibu dan keluarga menerima hasil pemeriksaan
2. Menganjurkan keluarga untuk melakukan masase pada belakang ibu untuk membantu mengurangi rasa nyeri pada belakang, keluarga mengerti dan bersedia melakukan.

EVALUASI

Tanggal : 30 Juni 2016

Jam : 12.00 wita

Diagnosa : G1 P0 A0 AH0, UK 37 minggu 2 hari, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, keadaan jalan lahir baik, keadaan umum ibu baik, inpartu kala II.

S : Ibu mengatakan mau BAB

O : Ibu tampak kesakitan

A : Kala II

P : pastikan alat dan bahan siap pakai

Siap ibu dan keluarga

Atur posisi

Persiapan pertolongan persalinan

Menolong persalinan anak

I : Melakukan penanganan kala II Asuhan Persalinan Normal, pukul 12.00 wita

1. Mengamati tanda dan gejala kala II yaitu ibu mempunyai keinginan untuk meneran, ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
3. Memakai alat pelindung diri secara lengkap (topi, kacamata, masker, celemek, sarung tangan dan sepatu bot).
4. Melepaskan semua perhiasan, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk yang bersih.
5. Menggunakan sarung tangan pada tangan yang lebih dominan (tangan sebelah kanan) untuk mengisap oksitosin dengan teknik One Hand.
6. Mengisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan menggunakan tangan yang pakai sarung tangan DTT) dan

meletakkan kembali di partus set tanpa mengontaminasi tabung suntik.

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi dengan air DTT. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan servik, hasil VT vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban tidak ada, presentase kepala, penunjuk UUK kiri depan, tidak ada molase, TH III_IV.
9. Mendekontaminasikan sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
10. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal, DJJ 145x/menit.

11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada kontraksi, bantu ibu berada dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran. Jangan menganjurkan ibu untuk meneran berkepanjangan dan menahan napas. Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. jika ibu berbaring miring, ia akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik kearah dada dan dagu ditempelkan ke dada.
14. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak-puncak kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
15. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Membuka partus set
18. Memakai sarung tangan steril pada kedua tangan.
19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan (dibawah kain bersih dan kering),

ibu jari pada salah satu sisi perineum dan 4 jari tangan pada sisi yang lain dan tangan yang lain pada belakang kepala bayi. Tahan belakang kepala bayi agar posisi kepala tetap fleksi pada saat keluar secara bertahap melewati introitus dan perineum.

20. Setelah kepala bayi lahir, minta ibu untuk berhenti meneran dan bernapas cepat. Periksa leher bayi apakah terlilit oleh tali pusat. Jika ada lilitan di leher bayi cukup longgar maka lepaskan lilitan tersebut dengan melewati kepala bayi. Jika lilitan tali pusat sangat erat maka jepit tali pusat dengan klem pada 2 tempat dengan jarak 3 cm, kemudian potong tali pusat diantara 2 klem tersebut.
21. Setelah menyeka mulut dan hidung bayi dan memeriksa tali pusat, tunggu kontraksi berikut sehingga terjadi putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah bayi melakukan putaran paksi luar, letakkan tangan pada sisi kiri dan kanan kepala bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kea rah bawah dan ke arah luar hingga bahu depan melewati shimpisis, setelah bahu depan lahir, gerakkan kepala ke atas dan lateral tubuh bayi sehingga bahu bawah dan seluruh dada dilahirkan.
23. Saat bahu posterior lahir, geser tangan bawah kearah perineum dan sanggah bahu dan lengan atas bayi pada tangan tersebut. Gunakan tangan yang sama untuk menopang lahirnya siku dan tangan posterior saat melewati perineum. Tangan bawah

menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Secara simultan, tangan atas menelusuri dan memegang bahu, siku dan lengan bagian anterior. Lanjutkan penelusuran dan memegang tubuh bayi ke bagian punggung, bokong dan kaki.

24. Dari arah belakang, sisipkan jari telunjuk tangan atas diantara kedua kaki bayi yang kemudian dipegang dengan ibu jari dan ketiga jari tangan yang lainnya.
25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), Letakkan bayi diatas kain atau handuk yang telah disiapkan pada perut bawah ibu dan posisikan kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Bila bayi mengalami asfiksia segera lakukan resusitasi
26. Segera keringkan dan sambil melakukan rangsangan taktil pada tubuh bayi dengan kain atau selimut di atas perut ibu. Pastikan bahwa kepala bayi tertutup dengan baik.
27. Memastikan bahwa tidak ada bayi lain didalam uterus.
28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin
29. Segera (dalam satu menit setelah bayi lahir) suntikkan oksitosin 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar.
30. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu).
31. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut.

32. Mengeringkan bayi secara seksama, memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

33. Menutupi bayi dengan kain dan biarkan diatas perut ibu.

E : jam 12.07 wita, partus spontan letak belakang kepala, tidak ada lilitan tali pusat, bayi lahir langsung menangis, kulit kemerahan, tonus otot baik, dengan Jenis kelamin perempuan.

Kala III

S : ibu mengatakan setelah bayi lahir perutnya terasa mules, merasa ada pengeluaran darah dari jalan lahir yang banyak.

O : Keadaan umum : Baik, kontraksi uterus baik, TFU : 1 jari dibawah pusat, plasenta belum lahir.

A : Kala III

P : Lakukan PTT

Lahirkan plasenta

Lakukan masase uterus

Periksa kelengkapan plasenta

Periksa jalan lahir apakah ada rupture atau tidak

I : melakukan manajemen aktif kala III

34. Memindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.

35. Meletakkan satu tangan diatas perut ibu (beralaskan kain) tepat diatas shimpisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan

pada tali pusat. Memegang tali pusat dengan klem dengan tangan yang lain.

36. Menunggu uterus berkontraksi dan setelah terjadi kontraksi, regangkan tali pusat dengan satu tangan dengan lembut. Dan tangan yang lain melakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorsokranial). Setelah plasenta terlepas, anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina. Tetap tegangkan tali pusat dengan arah sejajar lantai (mengikuti poros jalan lahir).
37. Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban.
38. Pada saat plasenta terlihat di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan kedalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.
39. Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri :
 - a. Letakkan telapak tangan pada fundus uteri.
 - b. Jelaskan tindakan kepada ibu, katakan bahwa ibu mungkin merasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan.

Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahan secara rileks.

- c. Dengan lembut tapi mantap gerakkan tangan dengan arah memutar pada fundus uteri supaya uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri.

40. Periksa plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh. Periksa plasenta sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) untuk memastikan bahwa semuanya lengkap dan utuh (tidak ada bagian yang hilang). Pasangkan bagian-bagian plasenta yang robek untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang. Periksa plasenta sisi fetal (yang menghadap kebayi) untuk memastikan tidak adanya lobus tambahan (suksenturiata). Evaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya.

41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif, dan ternyata ada robekan pada vagina derajat II.

E : Jam : 12.12 wita

Plasenta lahir spontan, selaput korion dan kotiledon lengkap, pendarahan ± 150 cc, TFU 1 jari dibawah pusat, plasenta berdiameter 20x15, panjang tali pusat 50 cm, insersi tali pusat latelaris, ada robekan derajat II.

Kala IV

S : Ibu mengatakan sedikit mules pada perutnya

O : KU : Baik, kontraksi uterus baik, TFU : 1 jari dibawah pusat, pendarahan pervaginam sedikit.

TTV : TD : 110/70 mmHg, S : 36,6°C, N : 82x/menit, RR : 19x/menit.

A : Kala IV

P : Evaluasi pendarahan, TTV, lakukan masase uterus, lakukan pencegahan infeksi.

I : Melakukan prosedur kala IV persalinan

42. Pastikan bahwa uterus berkontraksi dengan baik, Melakukan penilaian danmasase fundus uteri setiap 15 menit selama 1 jam pertama setelah persalinan, kemudian setiap 30 menit selama 1 jam kedua setelah persalinan. Pada saat melakukan masase uterus, perhatikan berapa banyak darah yang keluar dari vagina. Jika fundus tidak teraba keras, terus lakukan masase pada daerah fundus agar dapat berkontraksi. Periksa jumlah perdarahan yang keluar dari vagina. Periksa perineum ibu apakah membengkak, hematoma, dan perdarahan dari tempat perlukaan yang sudah dijahit setiap kali memeriksa perdarahan fundus dan vagina.
43. Biarkan bayi tetap berada diatas perut ibu selama 1 jam.
44. Setelah satu jam melakukan IMD maka lakukan pemeriksaan antropometri dan berikan salep mata dan vitamin K pada paha kiri.

45. Setelah satu jam dari pemberian vitamin K, maka berikan imunisasi HB pada paha kanan.
46. Melakukan penilaian kontraksi dan masase fundus uteri.
47. Ajarkan pada ibu dan keluarga untuk membantu melakukan masase fundus uteri.
48. Periksa tekanan darah.
49. Periksa nadi ibu setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah persalinan, dan setiap 30 menit selama satu jam kedua setelah persalinan.
50. Lakukan pemeriksaan napas dan suhu tubuh untuk mengantisipasi masalah yang mungkin terjadi.
51. Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi dalam tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lender dan darah.
54. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan memberikan rasa nyaman bagi ibu.
55. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

56. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalikan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
58. Dokumentasi : melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

E : Tanggal : 30, juni 2016 Jam : 13.50 wita

KU : Baik, Kesadaran : composmentis, Kontraksi uterus : Baik,
TFU : 1 jari dibawah pusat, pendarahan ± 150 cc, BB : 2.700 gram,
PB : 48cm, LK : 30cm, LP : 29cm, Imunisasi sudah dilakukan, hasil lanjutan observasi terlampir dalam patograf.

PARTOGRAF

No. Register

--	--	--	--	--	--	--

Nama Ibu NY M.M.M

NY M.M.M

Umur _____

28 Tghun

G 1

— P —

O A5

No. Puskesmas

--	--	--	--	--	--	--

Tanggal

30 Juni 2016

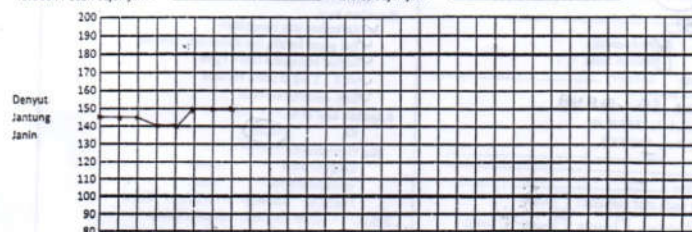
Jam

04.00 wito

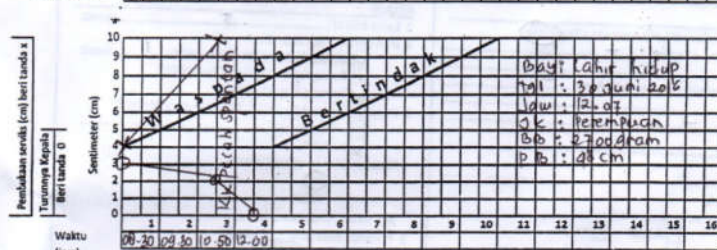
Ketuban Pecah sejak jam :

Mules Sejak jam :

18.00 with



Air Ketuban
Penyusupan

[illegible]

Kontraksi tiap 10 menit

	< 20
	20-40
	> 40

detik



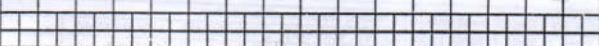
Oksitosin U/L
Tetes / menit

[illegible]

Obat dan Cairan IV

[illegible]

• Nadi



Tekanan
Darah



Suhu °C

[illegible]

Urine — { Protein
Aseton
Volume

[illegible]

CATATAN PERSALINAN

1 Tanggal: 30 Juni 2016

2 Usia kehamilan: 37 minggu
Prematur ☐ Aterm ☒ Posmatum

3 Letak: Kepala

4 Persalinan: Normal Tindakan Seksio

5 Nama bidan: R. A. D. R.

6 Tempat persalinan:
☐ Rumah Ibu ☒ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
Klinik Swasta Lainnya: _____

7 Alamat tempat persalinan: Kab. Sukamanan

8 Catatan: rujuk, kala I / II / III / IV

9 Alasan merujuk: IBU/BAYI

10 Tempat rujukan: _____

11 Pendamping pada saat merujuk: ☐ Bidan
☐ suami ☐ keluarga ☐ dukun ☐ kader ☐ lain2

CATATAN KELAHIRAN BAYI

1 Jenis Kelamin: LK Beb

2 Saat Lahir: Jam 2.07 Hari 30 Juni 2016

3 Bayi: Lahir hidup: ☒ Lahir mati: ☐
☒ Bayi napas spontan teratur
☒ Gerakan aktif/tonus kuat
☒ Alir ketuban jernih

5 Asuhan bayi
☒ Keringkan dan hangatkan
☒ Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka
☒ Inisiasi Menyusul Dini < 1 Jam
☒ Vit K 1 mg di paha kiri atas
☒ Salp mata/tetes mata

6 Apakah Bayi di Resusitasi?
YA ☒ TIDAK ☐

Jika YA tindakan:
Langkah awal _____ menit
ventilasi selama _____ menit
Hasilnya: Berhasil / Dirujuk / Gagal

7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan
YA ☒ TIDAK ☐

8 Kapan bayi mandi: 6 jam setelah lahir
9 Berat Badan Bayi: 2700 Gram

KALA I

1 Partograf melewati garis waspada: Ya ☒ Tidak ☐

2 Masalah lain: sebutkan: _____

3 Penatalaksanaan masalah tersebut: _____

4 Hasilnya: _____

KALA II

1 Episiotomi
☒ Ya, Indikasi ☐
☒ Tidak ☐

2 Pendamping pada saat persalinan:
☒ Suami ☐ dukun ☐ lain2
☐ Keluarga ☐ kader ☐

3 Gawat Jinin:
☐ Ya, tindakan: _____
☒ Tidak ☐

4 Distosia bahu
☐ Ya, tindakan: _____
☒ Tidak ☐

5 Masalah lain sebutkan _____

6 Penatalaksanaan masalah tersebut _____

7 Hasilnya _____

KALA III

1 Lama kala III: 5 menit

2 manajemen Aktif kala III:
☒ Oksitodin 10 IU IM dalam waktu 1 menit
☒ Peregang Tali Pusat Terkendali
☒ Masase Fundus Uteri

3 Pemberian ulang Oksitodin 10 IU IM yang kedua?
☐ Ya, Alasan _____
☒ Tidak ☐

4 Plasenta lahir Lengkap (intact)
☐ Ya ☒ Tidak ☐

Jika TIDAK, tindakan _____

5 Plasenta tidak lahir > 30 menit
YA ☒ TIDAK ☐

6 Laserasi
☐ Ya ☒ Tidak ☐
Jika YA, dimana: Mukosa Vagina derajat 1 2 3 4
Tindakan: Healing

7 Atonia Uteri
YA ☐ Tidak ☒
Jika YA tindakan _____

8 Jumlah perdarahan ± 250 ml
Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan

PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH
12-22	110/80	80x/m	36.5	Uterus teraba	baik	± 50cc	Kosong
12-37	110/80	80x/m	36.5	Uterus teraba	baik	± 50cc	Kosong
12-52	110/80	80x/m	36.5	Uterus teraba	baik	± 50cc	Kosong
13-07	110/80	80x/m	36.5	Uterus teraba	baik	± 50cc	Kosong
13-23	110/80	80x/m	36.5	Uterus teraba	baik	± 50cc	Kosong
13-39	110/80	80x/m	36.5	Uterus teraba	baik	± 50cc	Kosong






PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	PERNAPASAN	SUHU	WADAH DUTI	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK
12-22	40x/m	36.5	Jernih	aktif	kuat	Bersih	tidak	0	0
12-37	40x/m	36.5	Jernih	aktif	kuat	Bersih	tidak	0	0
12-52	40x/m	36.5	Jernih	aktif	kuat	Bersih	tidak	0	0
13-07	40x/m	36.5	Jernih	aktif	kuat	Bersih	tidak	0	0
13-23	40x/m	36.5	Jernih	aktif	kuat	Bersih	tidak	0	0
13-39	40x/m	36.5	Jernih	aktif	kuat	Bersih	tidak	0	0

Tanda Bahaya: ☐ Ibu. ☐ Bayi.

Tindakan (jelaskan dicatat kasus)
☐ Dirujuk ☒ Tidak dirujuk

CATATAN PERKEMBANGAN 2 JAM POST PARTUM

Tgl	Jam	Data Dasar	Paraf
30-07-2016	14.00 wita	<p>S : ibu mengatakan nyeri pada perut bagian bawah dan di luka jahitan</p> <p>O : keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, pendarahan ± 150cc</p> <p>Tanda-tanda vital: TD : 110/80 mmHg, suhu : 36,4°C, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit.</p> <p>A : P1 AO AHI postpartum 2 jam.</p> <p>P :</p>	
	14.05 wita	<p>1. menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal, keadaan umum ibu baik.</p>	
	14.10 wita	<p>2. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya masa nifas seperti pusing yang berlebihan, pendarahan yang banyak, pandangan kabur, demam, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.</p>	
	14.15 wita	<p>3. Menganjurkan ibu makan makanan bergizi, seperti nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan, telur, daging, tahu, tempe), ibu mau melakukan anjuran yang diberikan.</p>	
		<p>4. Menganjurkan ibu menyusui bayinya dan ajarkan teknik menyusui yang baik dan benar, ibu bisa menyusui bayinya dengan baik.</p> <p>5. Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis Amoxillin 3 x 500 mg/ per oral SF 1 x 200 mg /per oral Paracetamol 3 x 500 mg/ per oral obat telah di minum sesuai dosis.</p>	

CATATAN PERKEMBANGAN 6 JAM POST PARTUM

Tgl	Jam	Data Dasar	Paraf
30-06-2016	20.00 wita	<p>S : ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan</p> <p>O : keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Tanda-tanda vital: TD : 110/70 mmHg, suhu : 36,6°C, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mata Inspeksi : Kelopak mata : tidak oedema, penglihatan : normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada. ➤ Dada Inspeksi : bentuk simetris, putting susu menonjol, colostrums ka/ki ada, areola ada hiperpigmentasi. ➤ Abdomen kontraksi uterus baik palpasi : TFU 2 jari dibawah pusat ➤ Vulva/vagina PPV lochea rubra dan 1 x ganti pembalut. ➤ Ekstremitas tidak ada oedema dan varices. <p>A : PI AO AHI postpartum 8 jam</p> <p>P :</p>	<p>⌘</p>
	19:10	<ol style="list-style-type: none"> 1. menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal serta keadaan ibu dan bayi baik 2. mengajurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini seperti miring kiri dan kanan serta duduk dan berjalan,ibu mengerti dan bersedia melakukan. 3. Mengajurkan ibu untuk tetap memperhatikan tanda bahaya masa nifas,ibu bersedia melakukan 4. Mengajurkan ibu terus menyusui bayinya,ibu bersedia melakukan 	<p>⌘</p> <p>⌘</p> <p>⌘</p>


	wita	5. Menganjurkan ibu makan makanan bergizi, seperti nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan, telur, daging, tahu, tempe), ibu bersedia melakukan	g
	19:20 wita	6. Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis Amoxillin 3 x 500 mg, SF 1 x 200 mg/ per oral, Paracetamol 3 x 500 mg/per oral, obat telah di minum sesuai dosis.	g
	19.30 wita	7. Mengikuti visite dokter, instruksi dokter: melanjutkan pemberian terapi oral pada ibu dan perawatan bayi. 8. Mengobservasi TTV S : 36,8°C HR : 140x/menit RR : 47x/menit. 9. Memandikan bayi, bayi sudah Nampak bersih	g

CATATAN PERKEMBANGAN POST PARTUM 8 JAM

Tgl	Jam	Data Dasar	Paraf
01-06-2016	08.00 wita	<p>S : ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, pendarahan ±150cc</p> <p>Tanda-tanda vital: TD : 110/80 mmHg, suhu : 36,6°C, Nadi : 79 x/menit, RR : 19 x/menit.</p> <p>A : P1 AO AHI postpartum 20 jam.</p> <p>P :</p> <p>1. menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal, keadaan umum ibu baik.</p>	<p>g</p> <p>g</p> <p>g</p> <p>g</p>

		<p>2. Menganjurkan ibu untuk istirahat saat bayinya tidur,</p> <p>3. Menganjurkan ibu makan makanan bergizi, seperti nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan, telur, daging, tahu, tempe), ibu mau melakukan anjuran yang diberikan.</p> <p>4. Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin agar kebutuhan nutrisi bisa terpenuhi.</p>	
--	--	---	--


CATATAN PERKEMBANGAN POST PARTUM HARI PERTAMA

Tgl	Jam	Data Dasar	Paraf
01-07-2016	12.00 wita	<p>S : ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Tanda-tanda vital: TD : 110/80 mmHg, suhu : 36,8°C, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>Mata</p> <p>Inspeksi : Kelopak mata : tidak oedema, penglihatan : normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada.</p> <p>Dada</p> <p>Inspeksi : bentuk simetris, puting susu menonjol, colostrums ka/ki ada, areola ada</p>	

		<p>hiperpigmentasi.</p> <p>Abdomen</p> <p>kontraksi uterus baik, palpasi : TFU 2 jari dibawah pusat</p> <p>Vulva/vagina : PPV + sedikit. 2 x ganti pembalut.</p> <p>A : PI AO AHI postpartum hari pertama.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal. 2. Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis Amoxillin 3 x 500 mg, SF 1 x 200 mg/ per oral, Paracetamol 3 x 500 mg/per oral, obat telah di minum sesuai dosis. 3. Mengikuti visite dokter, instruksi dokter:melanjutkan pemberian therapi oral, dan ibu bisa pulang. 4. Mengobservasi TTV Tanda-tanda vital: TD : 110/80 mmHg, Suhu : 36,7°C, Nadi : 82 x/menit, RR : 20 x/menit 5. Menginformasikan pada ibu mengenai jadwal kunjungan ulang tanggal 27-06-2016. ibu megerti dan mau melakukannya 6. Memberikan KIE kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya nifas: peglihatan kabur, pusing, perdarahan yang banyak pada 	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>
	10.00 wita		

		<p>jalan lahir, pengeluaran darah yang berbau, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.</p> <p>Ibu pulang, keadaan umum : baik, kesadaran composmentis, TTV: TD: 110/70 mmHg, N: 80x/mnt, RR: 20x/mnt, kontraksi uterus baik, TFU: 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik.</p> <p>Keadaan umum Bayi baik, TTV: S: 37,2°C, RR : 40x/mnt, N : 120x/m, BAB/BAK +</p>	
--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN POST PARTUM HARI KE DUA

Tgl	Jam	Data Dasar	Paraf
02-07-2016	08.00 wita	<p>S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Tanda-tanda vital: TD : 110/80 mmHg, suhu : 36,5°C, Nadi : 80 x/menit, RR : 18 x/menit</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>Mata</p> <p>Inspeksi : Kelopak mata : tidak oedema, penglihatan : normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada.</p> <p>Dada</p> <p>Inspeksi : bentuk simetris, putting susu menonjol, colostrums ka/ki ada, areola ada</p>	

		<p>hiperpigmentasi.</p> <p>Abdomen</p> <p>kontraksi uterus baik, palpasi : TFU 2 jari dibawah pusat</p> <p>Vulva/vagina : PPV + sedikit, 2 x ganti pembalut.</p> <p>A : PI AO AHI postpartum hari kedua.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal. 2. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang seperti nasi, sayuran dan lauk pauk, ibu bersedia mengkonsumsi makanan bergizi. 3. Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis Amoxillin 3 x 500 mg, SF 1 x 200 mg/ per oral, Paracetamol 3 x 500 mg/per oral, obat telah di minum sesuai dosis. 7. Mengajukan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur, ibu bersedia melakukan sesuai anjuran. 8. Mengajarkan ibu cara merawat tali pusat dan memandikan bayi, ibu mengerti dan bisa melakukan sendiri. 10. Melakukan pemeriksaan pada bayi Keadaan umum Bayi baik, TTV: S: 36,7°C, N:45x/mnt, BAB/BAK +, tali pusat sudah mulai 	<p>8</p> <p>8</p> <p>8</p> <p>8</p>
16.30	wita		

		<p>mongering.</p> <p>S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Tanda-tanda vital: TD : 110/80 mmHg, suhu : 36,5°C, Nadi : 73 x/menit, RR : 18 x/menit</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>Mata</p> <p>Inspeksi : Kelopak mata : tidak oedema, penglihatan : normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada.</p> <p>Dada</p> <p>Inspeksi : bentuk simetris, putting susu menonjol, colostrums ka/ki ada, areola ada hiperpigmentasi.</p> <p>Abdomen</p> <p>kontraksi uterus baik, palpasi : TFU 2 jari dibawah pusat</p> <p>Vulva/vagina : PPV + sedikit. 2 x ganti pembalut.</p> <p>A : PI AO AHI postpartum hari kedua.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga bahwa keadaan ibu saat baik, ibu dan keluarga menerima hasil pemeriksaa. 2. Menganjurkan makan-minum serta istirahat yang cukup, ibu mengerti dan 	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>
--	--	---	-------------------------------------

		<p>bersedia melakukan</p> <p>3. Mengajurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis yang diberikan,ibu bersedia melakukan sesuai anjuran.</p>	
--	--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN POST PARTUM HARI KE TIGA

Tgl	Jam	Data Dasar	Paraf
03-06-2016	13.30 wita	<p>S : Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Tanda-tanda vital: TD : 100/70 mmHg, suhu : 36,5°C, Nadi : 75 x/menit, RR : 18 x/menit</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>Mata</p> <p>Inspeksi : Kelopak mata : tidak oedema, penglihatan : normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada.</p> <p>Dada</p> <p>Inspeksi : bentuk simetris, putting susu menonjol, colostrums ka/ki ada, areola ada hiperpigmentasi.</p>	<p>g</p> <p>g</p> <p>g</p> <p>g</p>

		<p>Abdomen</p> <p>kontraksi uterus baik, palpasi : TFU 3 jari dibawah pusat</p> <p>Vulva/vagina : PPV + sedikit. 2 x ganti pembalut.</p> <p>A : PI AO AHI postpartum hari ke tiga</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal. 2. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang seperti nasi,sayuran dan lauk pauk, ibu bersedia mengkonsumsi makanan bergizi. 3. Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis <p>Amoxillin 3 x 500 mg, SF 1 x 200 mg/ per oral, Paracetamol 3 x 500 mg/per oral, obat telah di minum sesuai dosis.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Mengajukan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur,ibu bersedia melakukan sesuai 	<p>8</p> <p>8</p> <p>8</p> <p>8</p> <p>8</p> <p>8</p> <p>8</p>
--	--	---	--

		<p>anjuan.</p> <p>5. Menganjurkan ibu untuk menggunakan salah satu alat kontrasepsi,ibu bersedia menggunakan alat kontrasepsi.</p> <p>6. Melakukan pemeriksaan pada bayi Keadaan umum Bayi baik, TTV: S: 36,7°c, N:45x/mnt, BAB/BAK +,tali pusat sudah mengering.</p> <p>7. Menjadwalkan kunjungan ulang pada tanggal 27-06-2016, ibu bersedia melakukan kunjungan.</p>	8
--	--	---	---

CATATAN PERKEMBANGAN KUNJUNGAN ULANG NIFAS
DI PUSKESMAS SIKUMANA

Tgl	Jam	Data Dasar	Paraf
04-07- 2016	09.00 wita	<p>S : Ibu mengatakan ingin melakukan kunjungan nifas.</p> <p>O : keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Tanda-tanda vital: TD : 100/80 mmHg, suhu : 36,5°C, Nadi : 75 x/menit, RR : 18 x/menit</p> <p>Pemeriksaan fisik</p> <p>Mata</p> <p>Inspeksi : Kelopak mata : tidak oedema, penglihatan : normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada.</p> <p>Dada</p> <p>Inspeksi : bentuk simetris, puting susu menonjol, colostrums ka/ki ada, areola ada hiperpigmentasi.</p> <p>Abdomen</p> <p>kontraksi uterus baik, palpasi : TFU 4 jari</p>	<p>g</p> <p>g</p> <p>g</p> <p>g</p> <p>g</p> <p>g</p> <p>g</p>

		dibawah pusat	
		Vulva/vagina : PPV + sedikit. 1 x ganti pembalut.	3
		A : PI AO AHI postpartum hari ke empat.	3
		P :	
		1) Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal.	3
		2) Melakukan kolaborasi dengan petugas laboratorium untuk melakukan pemeriksaan HB, sudah melakukan pemeriksaan dan HB ibu 10,8 gram %.	3
		3) Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang seperti nasi, sayuran dan lauk pauk, ibu bersedia mengkonsumsi makanan bergizi.	3
		4) Menganjurkan ibu untuk minum obat sesuai dosis	3
		Amoxillin 3 x 500 mg, SF 1 x 200 mg/ per oral, Paracetamol 3 x 500 mg/per oral, obat telah di minum sesuai dosis.	3

		<p>5) Mengajukan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur,ibu bersedia melakukan sesuai anjuran.</p>	⌘
		<p>6) Mengajukan ibu untuk terus memberikan ASI kepada anaknya hingga 6 bulan,ibu bersedia memberikan ASI kepada anaknya.</p>	⌘
		<p>7) Mengajukan ibu untuk menggunakan salah satu alat kontrasepsi,ibu bersedia menggunakan alat kontrasepsi.</p>	
		<p>8) Melakukan pemeriksaan pada bayi Keadaan umum Bayi baik, TTV: S: 36,7°C, N:45x/mnt, BAB/BAK +, tali pusat sudah mengering.</p>	

Lembar Observasi 2 jam post partum

Jam	Ibu	Bayi
12.22 wita	TD : 110/80 mmHg Nadi : 80x/m Suhu : 36,5°C, TFU 1 jari dibawah pusat, Kontraksi : Baik, pendarahan ±50 cc, kandung kemih : kosong.	RR : 45x/m Suhu : 36,5°C Warna kulit : kemerahan, gerakan : aktif, Isapan : kuat, Tali pusat : Basah, tidak kejang, belum BAB dan BAK.
12.37 Wita	TD : 110/80 mmHg Nadi : 80x/m Suhu : 36,5°C, TFU 1 jari dibawah pusat, Kontraksi : Baik, pendarahan ±20 cc, kandung kemih : kosong.	RR : 45x/m Suhu : 36,5°C Warna kulit : kemerahan, gerakan : aktif, Isapan : kuat, Tali pusat : Basah, tidak kejang, belum BAB dan BAK.
12.52 Wita	TD : 110/80 mmHg Nadi : 80x/m Suhu : 36,5°C, TFU 1 jari dibawah pusat, Kontraksi : Baik, pendarahan ±20 cc, kandung kemih : kosong.	RR : 45x/m Suhu : 36,5°C Warna kulit : kemerahan, gerakan : aktif, Isapan : kuat, Tali pusat : Basah, tidak kejang, belum BAB dan BAK.
13.07 Wita	TD : 110/80 mmHg Nadi : 80x/m Suhu : 36,5°C, TFU 1 jari dibawah pusat, Kontraksi : Baik, pendarahan ±20 cc, kandung kemih : kosong.	RR : 45x/m Suhu : 36,5°C Warna kulit : kemerahan, gerakan : aktif, Isapan : kuat, Tali pusat : Basah, tidak kejang, belum BAB dan BAK.
13.23 Wita	TD : 110/80 mmHg Nadi : 80x/m Suhu : 36,5°C, TFU 1 jari dibawah pusat, Kontraksi : Baik, pendarahan ±20 cc, kandung kemih : kosong	RR : 45x/m Suhu : 36,5°C Warna kulit : kemerahan, gerakan : aktif, Isapan : kuat, Tali pusat : Basah, tidak kejang, belum BAB dan BAK 1x.
13.53 Wita	TD : 110/80 mmHg Nadi : 80x/m Suhu : 36,5°C, TFU 1 jari dibawah pusat, Kontraksi : Baik, pendarahan ±20 cc, kandung kemih : kosong	RR : 45x/m Suhu : 36,5°C Warna kulit : kemerahan, gerakan : aktif, Isapan : kuat, Tali pusat : Basah, tidak kejang, belum BAB dan BAK.



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRIKUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEBIDANAN
Jl. Manafe No.17 Oebufu Kupang
Telp (0380) 8553961 / 8553590
Email : stikeschmk@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Putri Assmy Djami
NIM : 132111089
Penguji : Meri Flora Ernestin, SST. M.Kes

No	Hari/tanggal	Bab yang dikonsultasikan	Revisi	Tanda tangan pembimbing
1	14/11/2016	Bab I. II	Lengkapi Abstrak kata pengantar	
2	15/11/2016	Bab I. II	Lengkapi Abstrak & Pengantar	
3	16/11/2016			
4				
5				



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN

Jl. MANAFE No. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Putri Assmy Djami
Nim : 132111089
Pembimbing I : Jeni Nurmawati, SST., M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	17 - 11 - 2016	Abstrak.	Kata Kunci.	
2	18 - 11 - 2016	Bab IV	Pembahasan Teori dan Praktek	
3	19 - 11 - 2016	Bab V	Kesimpulan dan Saran diakhir Praktek.	
4	21 - 11 - 2016	Ara Bab I-V		
5				



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
JL. MANAFE NO.17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS

Nama Mahasiswi : Putri Assmy Djami
NIM : 132111089
Pembimbing II : Maria O. Baha, STr, Keb

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
1	22-11-2016	Abstrak	kata kunci	/
2	23-11-2016	Bab IV	pebahasan teori dan praktik patograf	/
3	24-11-2016	Bab V	kesimpulan dan saran	/
4	25-11-2016		Ace	/
5				